

FULL D'INSCRIPCIÓ CAMPUS GORILLA 2017

DADES DEL PARTICIPANT

NOM I COGNOMS :		
ADREÇA :		
POBLACIÓ :	C.P.	
DATA DE NAIXEMENT :		
EDAT :	CURS :	ESCOLA :
NOM DELS PARES/TUTORS :		
TELÈFONS DE CONTACTE :		
CORREU ELECTRÒNIC :		
COM ENS HAS CONEGUT :		

AUTORITZACIÓ DEL PARE/MARE O TUTOR

En/na _____ amb DNI/PASS _____
com a _____ de _____, l'autoritzo a participar a
l'activitat d'estiu descrita organitzada per Xplorand.

- Certifico que el meu fill/a es troba en el degut estat de salut per a participar en l'activitat i que informo degudament als monitors a través de la fitxa de salut de qualsevol malaltia, tractament, deficiència...que hagin de conèixer per a desenvolupar normalment l'activitat i respondre en cas de necessitat.
- Certifico que el meu fill/a ha estat protegit amb les vacunes assenyalades a la normativa vigent.
- Autoritzo l'ús d'un vehicle privat pel desplaçament no urgent ni especialitat, en cas de necessitar atenció mèdica.
- Autoritzo que el meu fill/a pugui ser atès medicament, degudament internat i/o intervingut quirúrgicament o tractat segons decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència.
- Autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies/vídeos corresponents a les activitats que es realitzen durant el campus, i dono el meu consentiment per a emprar aquestes imatges en campanyes de promoció i/o difusió de les diferents activitats organitzades des d'aquesta entitat.

SIGNATURA

Ordino, a _____ de _____ de _____

FITXA DE SALUT

NOM I COGNOMS:

1 - PATEIX ALGUNA MALALTIA O AL·LERGIA?
INDIQUEU QUINA

SI NO

2 - PREN ALGUN MEDICAMENT?
INDIQUEU QUIN I QUAN

SI NO

** CAL ADJUNTAR RECEPTA MÈDICA*

3 - TÉ PROBLEMES DE VISTA O OÏDA?
ESPECIFICAR _____

SI NO

4 - TÉ ALGUNA DIFICULTAT MOTRIU?
QUINA?

SI NO

5 - SEGUEIX ALGUN RÈGIM ALIMENTARI ESPECIAL?
QUIN?

SI NO

6 - A LES EXCURSIONS, ES FATIGA AVIAT?

SI NO

ES MAREJA AMB FACILITAT?

SI NO

7 - SAP NEDAR?

SI NO

ALTRES OBSERVACIONS:

EN CAS D'HAYER DE POSAR-NOS EN CONTACTE AMB URGÈNCIA AMB LA FAMÍLIA DURANT LA REALITZACIÓ DE L'ACTIVITAT, INDIQUEU:

TEL.: _____ CONTACTE: _____

TEL.: _____ CONTACTE: _____

TEL.: _____ CONTACTE: _____

DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA

1 - CERTIFICAT MÈDIC

2 - CÒPIA DE L'ASSEGURANÇA EXTRAESCOLAR FACULTATIVA (2016-17)

3 - JUSTIFICANT DE PAGAMENT

Ingressar al núm. de compte del Banc Sabadell d'Andorra:

AD3300080003161200198497 / BSNADAD

Cal indicar com a referència el NOM DEL NEN/A INSCRIT

CLÀUSULES

1. Cal indicar el nom complet i el curs del nen/a en el full d'ingrés.

2. No s'admetrà cap inscripció si no s'adjunta el resguard del pagament bancari.

3. El preu de les colònies per a 5 dies és de **175 €**.

Indicar el nom del nen/a en la transferència o ingrés bancari i aportar el resguard en el moment de la inscripció. El període d'inscripció és fins el 20 de juny.

5. ANUL·LACIONS: En cas d'anul·lació del servei contractat comunicada prèviament per escrit, es retornarà al client l'import corresponent al 50% si és per causa de malaltia o al 75% si és per causa d'accident. En aquest casos es requerirà còpia del justificatiu mèdic o del justificant explicatiu corresponent.

6. En cas de falta d'assistència sense avís previ no es retornarà cap import.

7. En cas d'anul·lació de l'activitat per part de Xplorand, per raons meteorològiques es retornarà l'import total de l'activitat.

8. Xplorand es reserva el dret d'anul·lar l'activitat en cas de no tenir inscrits un mínim de 10 participants.