**FULL D’INSCRIPCIÓ**

* ***Dades del participant***

Nom i Cognoms \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data naixement\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Població\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codi Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telèfon de contacte 1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telèfon de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telèfon de contacte 2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telèfon de:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ***Autorització piscina***
* Sap nedar?

Si No

* Autoritza que el seu fill/a es banyi sense bombolleta?

Si No

* ***Modalitat d’assistència***

Assistència al casal:

Setmana del 25 al 28 de juny

Setmana del 1 al 5 de juliol (ruta)

Setmana del 8 al 12 de juliol

Setmana del 15 al 19 de juliol (colònies)

Setmana del 22 al 26 de juliol

**Tot el mes**

Bon dia (8h – 8:45h)

Matins (8:45h – 13:30h)

Bona tarda (15:00h – 16:30h)

Vol servei de menjador? (13:30h – 15h)

Si No

* ***Autorització assistència al casal d’estiu***

El senyor/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_amb D.N.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pare/mare/tutor del nen/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autoritza al seu fill/a a participar en el casal d’estiu de patinatge artístic i en totes les activitats, sortides, excursions i piscines en que es matricula, coneixent tota la normativa donada respecte el funcionament.

També l’autoritzo a:

* Realitzar activitats especials de risc o fisicoesportives.
* Banyar-se en piscines públiques o privades, rius, pantans, basses, llacs o al mar.
* Que sigui atès per un metge en cas de malaltia o accident.
* Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.
* Ser fotografiat durant la realització de les activitats pels dirigents de l’activitat i poder publicar aquestes fotografies dels menors en mitjans de comunicació del propi Club i Internet.
* Les decisions mèdico-quirúrgiques que fossin necessàries adoptar en cas d’extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

*Signatura                                                       Data:*

*Nom i cognoms de qui signa:*

*DNI de qui signa:*

* ***Fitxa de Salut***

Declaro que el meu fill/a presenta les següents característiques de salut:

Nom i Cognoms nen/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Targeta Sanitària: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

→ Recordeu que cal adjuntar una fotocòpia de la targeta sanitària del nen/a.

* Impediments físics o psíquics:        Sí ⬰        No ⬰

(si la resposta és afirmativa indiqueu quins)

* Malalties cròniques :                 Sí ⬰        No ⬰

(si la resposta és afirmativa indiqueu quines)

* Medicació que pren habitualment:         Sí ⬰         No ⬰

(si la resposta és afirmativa indiqueu quines, les dosis i els horaris corresponents)

* Al·lèrgies alimentàries o dietes especials:      Sí ⬰         No ⬰

(si la resposta és afirmativa indiqueu quines, les dosis i els horaris corresponents)

* Altres observacions:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Signatura                                                          Data:*

*Nom i cognoms de qui signa:*

*DNI de qui signa:*