

FULL D'INSCRIPCIÓ CAMPUS D'ESTIU 2017

DADES PERSONALS

Nom Cognoms:.....

Data de naixement:.....

Tlfn. Mare.....Tlfn. Pare:.....Tlfn fix:.....

E-mail:.....

Domicili:.....Població:.....

DADES SANITÀRIES

Intoleràncies o al·lèrgies importants:.....

.....

.....

.....

SETMANES I TORNS

Serveis contractats:

- 8:00 a 9:00 (acollida)
- 9:00 a 13:30 (matí)
- 13:30 a 15:00 (menjador *juliol)
- 15:00 a 17:00 (tarda *juliol)

Observacions dinar:.....

Setmanes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1a ; 26 de juny al 30 de juny | <input type="checkbox"/> 7a ; 7 al 11 d'agost |
| <input type="checkbox"/> 2a ; 3 al 7 de juliol | <input type="checkbox"/> 8a ; 14 al 18 d'agost |
| <input type="checkbox"/> 3a ; 10 al 14 de juliol | <input type="checkbox"/> 9a ; 21 al 25 d'agost |
| <input type="checkbox"/> 4a ; 17 al 21 de juliol | <input type="checkbox"/> 10a ; 28 d'agost al 1 de setembre |
| <input type="checkbox"/> 5a ; 24 al 28 de juliol | <input type="checkbox"/> 11a ; 4 al 8 de setembre |
| <input type="checkbox"/> 6a ; 31 de juliol al 4 d'agost | |

TALLA SAMARRETA

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4/5 ANYS | <input type="checkbox"/> 10/12 ANYS | <input type="checkbox"/> TALLA M | <input type="checkbox"/> TALLA XL |
| <input type="checkbox"/> 6/8 ANYS | <input type="checkbox"/> TALLA S | <input type="checkbox"/> TALLA L | |

AUTORITZACIONS

Jo, amb DNI número..... declaro que sóc
pare/mare o tutor legal de.....

1) Autoritzo la participació del meu fill/a les activitats d'estiu al C.T. Sant Pol.

2) **Que el meu fill:**

No té cap malaltia mèdica, al·lèrgia i/o intolerància que requereixi d'alguna vigilància o tractament especial.

Si té malaltia mèdica, al·lèrgia i/o intolerància que requereixi d'atenció especial per part de l'equip tècnic:

- Malaltia/al·lèrgia/intolerància:.....
- Tractament/Medicació:.....Dosis:.....

3) Que **autoritzo** al Club Tennis Sant Pol a:

Adoptar les condicions mèdiques que siguin necessàries en cas de rigorosa urgència i de no localització del pare/mare/tutor.

A que es faci fotografies i/o vídeos al meu fill/a en el transcurs de l'activitat i que puguin ser empleats/des en diferents actes (informatius, promocionals, pàgina web etc.) relacionats amb l'esport.

A que portin en cotxe al meu fill/a els treballadors i/o col·laboradors de l'empresa en cas de que sigui necessari. Ja sigui per acompanyar-lo en moments puntuals o per urgència mèdica .

En compliment del que disposa la llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter personal li informem de que les dades personals que ens facilita seran incorporades a un fitxer, degudament inscrit a l'Agència Espanyola de protecció de dades, responsabilitat de Club Tennis Sant Pol, amb la fi de dur a terme la gestió i control de la relació comercial, amb els clients de l'empresa. Podrà exercir els drets d'accés, rectificació i oposició sol·licitant-lo per escrit en el domicili del Responsable del Fitxer. CLUB DE TENNIS SANT POL DEMAR.

Signatura del pare, mare o tutor/a

Sant Pol de mar,.....de.....del 2017