

# Full d'inscripció



*Casal de Nadal*  
2013 - 2014



## DADES PERSONALS

Curs : \_\_\_\_\_ Escola : \_\_\_\_\_

Nom i cognoms del nen/a : \_\_\_\_\_

Adreça : \_\_\_\_\_

Població : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Nom pare : \_\_\_\_\_

Nom Mare : \_\_\_\_\_

Num : \_\_\_\_\_ Pis : \_\_\_\_\_ Porta : \_\_\_\_\_

C.P. : \_\_\_\_\_

Telèfon casa : \_\_\_\_\_

mòbil : \_\_\_\_\_

mòbil : \_\_\_\_\_

## Marqueu amb una X en sense dinar o amb dinar i a l'acollida poseu l'horari a fer.

DIES	Sense dinar	Amb dinar	Acollida mati	Acollida tarda
23 de desembre				
24 de desembre				
27 de desembre				
30 de desembre				
31 de desembre				
2 de gener				
3 de gener				
7 de gener				

## DADES BANCÀRIES

Autorització de càrrec bancari Sr./Sra. : \_\_\_\_\_

Autoritzo el càrrec, al meu compte de l'import del casal de Nadal.

ENTITAT

NÚMERO D'OFICINA

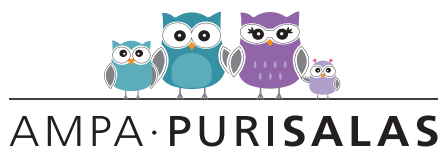
DC

NÚM DE COMPTE

Signatura del/de la titular del compte : \_\_\_\_\_



DADES MÈDIQUES > Cal adjuntar foto nen/a fotocòpia de la targeta sanitària i carnet de vacunes

És al·lèrgic/a algú aliment : > SÍ  NO  NO RECUNEGUT

En cas afirmatiu,quin? :.....

És al·lèrgic/a algú medicament : > SÍ  NO  NO RECUNEGUT

En cas afirmatiu,quin? :.....

Segueix algú tractament farmacològic diàriament : > SÍ  NO

En cas afirmatiu, quin i dosis? :.....

Pateix al·lèrgia respiratòria? : > SÍ  NO

En cas afirmatiu, quin tractament se li administra :.....

En cas de necessitar algun analgèsic pot prendre? : > Dalsy  Apiretal  Gelocatil  Altres :.....

Observacions :.....

AUTORITZACIONS

- 1 ] Autoritzo a que es puguin fer fotografies al meu fill/a i que es puguin penjar al web de les AMPA.
- 2 ] A assistir al Casal de Nadal organitzat per l'AMPA i accepto les condicions de les activitats, les sortides pel poble i de les decisions que prenguin els responsables.
- 3 ] Autoritzo les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència , sota la pertinent direcció facultativa.
- 4 ] Autoritzo a marxar sol/a a casa : > SÍ  NO
- 5 ] Autoritzo a les següents persones a recollir al fill/a:

Nom	Parentiu	Telèfon

En/na :..... com a mare/pare/tutor

Amb DNI :.....

Signatura del pare, mare o tutor/a :

.....



AMPA · PURISALAS

