

DADES PERSONALS

Curs _____ Escola _____

Nom i cognoms del nen/a : _____

Adreça _____ Num _____ Pis _____ Porta _____

Població _____ C.P. _____ e-mail _____

Telèfon casa _____

Nom pare _____ mòbil _____

Nom Mare _____ mòbil _____

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

Torns i dates	Sense dinar	Amb dinar	Acollida mati	Acollida tarda
1) 30 de març			<i>Poseu horari</i>	<i>Poseu horari</i>
2) 31 de març			<i>Poseu horari</i>	<i>Poseu horari</i>
3) 1 d'abril			<i>Poseu horari</i>	<i>Poseu horari</i>
4) 2 d'abril			<i>Poseu horari</i>	<i>Poseu horari</i>

Dades bancàries

Autorització de càrrec bancari Sr./Sra. _____

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

Número de compte bancari - IBAN 24 dígit

E	S																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Protecció de dades: En compliment del que preveu l'art.5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les dades personals que proporcioneu s'incorporaran i es tractaran en el fitxer "Registre associats" del qual és responsable l'Associació de Mares i Pares d'Alumnes de l'Escola Purificació Salas. La finalitat del fitxer és la gestió del registre d'associats i la gestió econòmica de les activitats que es gestionen a través de l'associació. Teniu dret a accedir, rectificar i cancel·lar les vostres dades i oposar-vos al seu tractament, en les condicions previstes en la normativa vigent. Per exercir aquests drets heu d'enviar un correu electrònic a ampa@ampapurisalas.cat o emplenant i signant el registre que us facilitaran al despatx de l'AMPA. La cancel·lació de les dades impossibilita l'alta com a soci a l'AMPA.

Dades mèdiques Cal adjuntar foto nen/a fotocòpia de la targeta sanitàària i carnet de vacunes.

Es al·lèrgic/a algun aliment Sí NO NO RECONEGUT

En cas afirmatiu,quin? _____

Es al·lèrgic/a algun medicament Sí NO NO RECONEGUT

En cas afirmatiu,quin? _____

Segueix algun tractament farmacològic diari Sí NO

En cas afirmatiu, quin i dosis ? _____

Pateix alguna malaltia 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 Després de l'activitat marxarà sol/a a casa Sí NO

Persones que poden recollir al nen/a:

Nom	Parentiu	Telèfon

1) Que la imatge del/de la meu/va fill/a SI NO pugui aparèixer en les fotografies corresponents a les activitats del Casal de Setmana Santa i publicades: ala pàgina web de l'entitat, filmacions destinades a difusió pública no comercial, fotografies per a la revista, tríptics o publicacions d'àmbit educatiu i cultural.

2) A assistir al Casal de Setmana Santa organitzat per l'AMPA i accepto les condicions de les activitats, les sortides dins del poble i de les decisions que prenguin els responsables. A més faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques, que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència , sota la pertinent direcció facultativa.

En/na _____ com a mare/pare/tutor

Amb DNI _____ autoritzo al meu fill/a _____

Signatura del pare, mare o tutor/a



1. Inscripció

- Els alumnes que vulguin realitzar el casal de Setmana Santa hauran d'omplir la butlleta d'inscripció i acceptar aquest reglament, presentant ambdós documents els dies assignats per a fer les inscripcions.
- Podran participar a l'activitat aquells participants que hagin realitzat la inscripció dins els terminis establerts, no tinguin cap deute econòmic amb cap de les AMPA organitzadores, presentin tota la documentació necessària en el moment de la inscripció, i hagin pagat la totalitat de l'activitat abans del seu inici.
- En cas de no arribar al mínim de 15 infants inscrits al casal i 15 a les acollides el servei no es portarà a terme. Un cop fet el recompte de les inscripcions, penjarem la informació al web de l'AMPA.

2. Pagaments

- Un cop feta la inscripció al casal us passarem un rebut bancari per la totalitat de l'import.
- La devolució del rebut generarà el pagament de les despeses que se'n derivin.
- En el cas que el nen/a no sigui de l'escola Purificació Salas, s'haurà d'indicar el número de compte on carregar els rebuts.
- Per l'assegurança dels nens que no són socis de cap AMPA organitzadora, es cobraran 5€

3. Baixes

- Només es retornarà l'import dels rebuts pagats en cas de malaltia justificada.
- En cas de cancel·lació de l'activitat, es retornarà el 100% si la cancel·lació es fa mínim 5 dies abans de l'inici de l'activitat, si es fa després sols es retornarà el 50% i un cop iniciada l'activitat no es retornarà cap quantitat.
- Les baixes s'hauran de comunicar per escrit al despatx de l'AMPA (coordinadora d'extraescolars de l'AMPA).
- Donar-se de baixa un cop iniciat el casal comportarà el pagament íntegre del que s'hagi contractat.

4. Assistència dels alumnes

- En cas que el vostre fill/a hagi de faltar al casal de Setmana Santa, s'haurà de comunicar per escrit o per telèfon a la coordinadora del casal o al monitor/a del grup, per a què quedi constància de la seva falta d'assistència.

Accepto les condicions descrites i signo aquest document, lliurant una còpia a L'AMPA.

Nom nen/a.....Curs.....

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/ legal:

..... **DNI**.....

Data...../...../.....

Signatura