

# CASAL D' ESTIU<sup>019</sup>

INFANTIL

PRIMÀRIA

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

CURS: \_\_\_\_\_ DATA NAIX.: \_\_\_\_\_ ESCOLA: \_\_\_\_\_

OPCIONS: **A DE 9 A 13** **B DE 9 A 15** **C DE 9 A 13 i de 15 A 17** **D DE 9 A 17**

## ENCERCLEU LA QUE ESCAIGUI

SETMANA 1 del 25/6 al 28/6	A 54,5€	B 79€	C 67€	D 91,5€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO
SETMANA 2 del 1/7 al 5/7	A 68€	B 99€	C 84€	D 114€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO
SETMANA 3 del 8/7 al 12/7	A 68€	B 99€	C 84€	D 114€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO
SETMANA 4 del 15/7 al 19/7	A 68€	B 99€	C 84€	D 114€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO
SETMANA 5 del 22/7 al 26/7	A 68€	B 99€	C 84€	D 114€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO
SETMANA 6 del 29/7 al 31/7	A 64,75€	B 96€	C 80€	D 110€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO
SETMANA 7 del 02/9 al 6/9	A 68€	B 99€	C 84€	D 114€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO
SETMANA 8 del 09/9 al 10/9	A 47€	B 60€	C 50,5€	D 68,5€	ACOLLIDA MATÍ SI / NO

Sap nedar? SI / NO \_\_\_\_\_

El seu fill té alguna al·lèrgia o intolerància alimentària? Quina? \_\_\_\_\_

Altres informacions d'interès? \_\_\_\_\_

Voleu fer LLEGIM i FEM FEINA? si / no (←només a partir de primària)



Samarreta CASAL marqueu la mida que escaigui \*  3-4  5-6  6-8  8-10  10-12  5

\* per a inscripcions fetes abans del 1/6/2019, després d'aquesta data segons disponibilitat

Adjunto la documentació següent:

- Fotocòpia del carnet de vacunacions
- Fotocòpia de Targeta sanitària i el número \_\_\_\_\_  
(núm. targeta sanitària)

## AUTORITZACIÓ

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI n° \_\_\_\_\_

com a mare/pare/tutor de \_\_\_\_\_

amb un TEL 1 \_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_

i TEL 2 \_\_\_\_\_ (nom) \_\_\_\_\_

i un correu @ \_\_\_\_\_

**AUTORITZO a:**

- assistir al casal organitzat per Closques! i l'Afa de l'Arenal de Llevant, fer els desplaçaments (a peu, transport públic i autocars) i les activitats que l'infant realitzi durant l'estada al casal, tan dins com fora de l'escola
- fer ús del correu @ per la tramesa d'informació relativa a les activitats de Closques! i Afa de l'Arenal de Llevant que puguin ser del seu interès
- que en cas de malaltia o accident l'organització podrà demanar assistència mèdica per tal de que un professional es faci càrrec de prendre les decisions que siguin necessàries.

**SIGNATURA**

Lloc i data \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 2019

En compliment del que estableix la llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, sobre protecció de dades de caràcter personal, us informem que les vostres dades personals recollides per mitjà d'aquesta inscripció seran tractades consentint i acceptant la cessió de les mateixes a Closques, per tal de permetre el compliment de la seva sol·licitud i la publicitat dels nostres serveis. Podeu accedir al vostre dret d' accés, rectificació, cancel·lació i oposició enviant un correu a: [closques@closques.cat](mailto:closques@closques.cat)

© No accepto que siguin utilitzades les imatges en grup que es puguin utilitzar durant l'activitat a la nostra pagina web i altres documents d'informació nostra.