



NOVA
CONTINUITAT

## INSCRIPCIÓ EXTRAESCOLAR 2017-18



TURÓ CAN MATES

### DADES DE L'ALUMNE/A

Nom i cognoms:	
Curs i grup:	Correu electrònic:
Nom pare i telèfon:	
Nom mare i telèfon:	
Altres telèfons i parentesc:	

### INFORMACIÓ SANITÀRIA BÀSICA

Descriure al·lèrgies o malalties cròniques que pugui patir l'alumne/a	
Prèn alguna medicació que s'hagi d'administrar en horari d'extraescolar?	
Quina?	Hora: Dosi: (s'han de dur en xeringa o pastilla)
Observacions:	
CAL ADJUNTAR RECEPТА I PRESCRIPCIÓ MÈDIC (caselles en blanc: entenem que no hi ha cap informació rellevant)	
ALTRES OBSERVACIONS:	

### CESSIÓ DE DADES

En/Na:	DNI
AUTORITZO A:	
<input type="checkbox"/> UTILITZAR LES DADES BANCÀRIES DE SERVEI MENJADOR	
<input type="checkbox"/> QUE ELS REBUTS D'EXTRAESCOLARS S'EMETIN EN AQUEST COMPTE BANCARI	
Titular del compte bancari:	Banc o Caixa:
Compte bancari: ES _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> QUE EL MEU FILL/FILLA SURTI EN FOTOGRAFIES A LA WEB DEL CENTRE I/O AMPA	
El dret a la pròpia imatge és reconeguda a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, autoritzo a la Vostra Cuina S.L per poder publicar fotografies de les activitats clarament identificables.	
<input type="checkbox"/> QUE EL MEU FILL/A SE LI DONI LA MEDICACIÓ ANTERIORMENT ESMENTADA	
<input type="checkbox"/> QUE EL MEU FILL/A SURTI DEL CENTRE ESCOLAR AL FINALITZAR L'HORARI D'EXTRAESCOLARS SENSE CAP ACOMPANYANT ADULT	
<input type="checkbox"/> Que EN/NA _____ amb DNI _____ parentesc amb l'alumne/a _____ RECOLLI AL MEU FILL/A a la sortida dels extraescolars	
Notifico que les dades son correctes i signo aquest full segons les exigencies de la llei de Serveis Pagament 16/2009	

SIGNATURA:
------------



SANT CUGAT DEL VALLÈS, \_\_\_ de \_\_\_ de 20\_\_