



NOVA

CONTINUÏTAT

INSCRIPCIÓ EXTRAESCOLAR 2018-19

TURÓ CAN MATES



DADES DE L'ALUMNE/A

Nom i cognoms:			
Curs	Grup:	Correu electrònic:	
Nom pare :			telèfon:
Nom mare :			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 RECEPTA 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
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__