



INSCRIPCIÓ A L'ESPAI DELS INFANTS CURS 2018-2019

DADES DE L'INFANT

Nom i cognoms: _____

Data de naixement: _____ Edat: _____

Adreça: _____

Urbanització: _____ Codi postal: _____

Escola on assisteix: _____ Curs escolar: _____

CATSALUT Núm. :

Es posa malalt amb freqüència? (febre, mal de cap, grip, etc.)

NO SI _____

Te alguna malaltia crònica? (al·lèrgia, problemes cardíacs, diabetis, asma, etc.)

NO SI _____

Utilitza ulleres, plantilles, algun aparell auditiu, etc.?

NO SI _____

Pren algun medicament? (en cas afirmatiu, especificar dosis, freqüència i duració)

NO SI _____

Segueix alguna dieta especial?

NO SI _____

Té alguna por, vergonya, etc.? (sobretot por a la foscor, parlar en públic, cantar, etc.)

NO SI _____

Té algun impediment físic o psíquic? Té algun tipus de dependència o incapacitat diagnosticada?

NO SI _____

Observacions a tenir en compte: _____

DADES REPRESENTANTS LEGALS

Nom i cognoms de la mare/tutor/a: _____

NIF: _____ Telèfon: _____

Nom i cognoms del pare/tutor/a: _____

NIF: _____ Telèfon: _____

Correu electrònic: _____

Telèfon d'emergència: _____

AUTORITZACIONS

És totalment imprescindible que tots dos progenitors o tutors legals del infant signin l'autorització.

Jo (nom del pare o tutor legal del infant)
amb DNI i jo (nom de la mare o tutora legal del infant)
..... amb DNI,
autoritzem al nostre fill/a a assistir al servei indicat
i a participar de les sortides organitzades per l'Espai dels Infants, estipulades en horari ordinari (de 17 a
19h, excepte en període de jornada intensiva) dintre del municipi de Vacarisses durant el curs escolar
2017-2018 i em responsabilitzo de recollir al meu/va fill/a en el lloc indicat per l'equip educatiu.

He llegit i accepto la normativa general del servei que figura al 'Dossier per famílies'.

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència (sota la direcció facultativa adequada) i a la cessió de dades que s'adjunta a la inscripció.

Mostro la meva conformitat per que l'Ajuntament pugui realitzar i utilitzar material gràfic de les activitats en que participa el meu fill/a.

Vacarisses, a de del 2018/19

Signatura del pare /tutor/a

Signatura de la mare/tutor/a

Cal aportar la següent documentació (sense ella no es podrà començar el servei):

- 3 fotografies de carnet del infant
- Fotocòpia DNI del pare i de la mare o tutors legals
- Fotocòpia Llibre de família
- Fotocòpia del quadre de vacunes i de la Targeta Sanitària (TSI)
- Certificats mèdics, si s'escau, per a una adequada intervenció
- Fotocòpia dels resultats acadèmics del curs anterior (3r trimestre)

És prioritzarà per participar al servei estar empadronat al municipi.

No s'acceptarà cap inscripció sense la documentació requerida.

El període d'inscripció és del 17 de setembre al 4 d'octubre de 2018 (ambdós inclosos) al Punt de Vol (els dilluns i dimecres de 10-15h) o a Serveis Socials de l'Ajuntament de Vacarisses (La Fàbrica).

Les dades personals seran incloses en un fitxer de l'Ajuntament de Vacarisses, per a la finalitat indicada, el qual adopta les mesures de seguretat necessàries, d'acord amb la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Accepta expressament, via correu postal o electrònic, SMS/IM o Xarxa social rebre informació de l'Ajuntament de Vacarisses relativa a les funcions que li son pròpies, o no accepta . Autoritza expressament, què és recullin o captin imatges i veu, i concedeix a l'Ajuntament de Vacarisses el dret de fer servir, reproduir, distribuir i mostrar públicament (inclòs per Internet, xarxes socials) les imatges; eximint-lo de tot reclam. o no accepta . Podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, en els termes establerts en la legislació vigent, dirigint-se a Registre general, C/ Pau Casals, 17- 08233 Vacarisses.



AUTORITZACIÓ DE COBRAMENT

El preu del servei de l'Espai dels infants serà de 30€ trimestrals i la forma de pagament serà per transferència bancària.

Per donar-se de baixa del centre caldrà comunicació expressa a l'Ajuntament de Vacarisses abans del dia 15 del trimestre anterior al moment en què hagi de tenir efecte. La comunicació de baixa no donarà dret a la devolució total ni parcial de la quota.

El primer trimestre es cobrarà al mes de desembre.

País	Iban	Sucursal	DC	Compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Titular del compte: _____

Número de Document d'Identitat titular del compte: _____

Signatura del titular, conforme autoritza el cobrament: