

## INSCRIPCIÓ CASAL D'ESTIU SUMMER TIME 2025

### DADES PARTICIPANT

---

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_  
Data de naixement: \_\_\_\_\_ Curs: \_\_\_\_\_  
Adreça: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_  
Telèfon 1: \_\_\_\_\_ Telèfon 2: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

Marqueu amb una creueta les opcions que desitgeu.

<b>SETMANA</b>	
<b><i>Around the world: del 30 de juny al 4 de juliol</i></b>	
<b><i>Art &amp; Cooking: del 7 a l'11 de juliol</i></b>	
<b><i>Explorers: del 14 al 18 de juliol</i></b>	
<b><i>Time Travellers: del 21 al 25 de juliol</i></b>	

### AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA/REPRESENTANT LEGAL

---

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ autoritzo que el/la menor inscrit/a assisteixi al Casal d'estiu SUMMER TIME. També l'autoritzo que participi en les activitats que es realitzaran fora del centre.

Confirmo que l'infant està en condicions de salut aptes per a participar en totes les activitats proposades. En cas d'accident, autoritzo a què l'equip de monitores i professores demani assistència mèdica i que l'infant pugui ser traslladat al centre mèdic proper si fos necessari.

Durant el casal soc coneixedor/a que es faran fotografies i filmacions de les activitats i autoritzo expressament les persones organitzadores del casal perquè en facin ús per a la seva difusió, transformació i reproducció. Sí  No

### FITXA DE SALUT

---

Pateix alguna malaltia crònica? Sí  No

Quina? \_\_\_\_\_

Sap nedar? Sí  No

Es mareja amb facilitat? Sí  No

Pren algun medicament habitualment? Sí  No  Quin? \_\_\_\_\_

Pateix alguna al·lèrgia o intolerància?? Sí  No

Quina? \_\_\_\_\_

Té alguna dificultat intel·lectual, d'aprenentatge i/o motriu? Sí  No

Quina? \_\_\_\_\_

Altres observacions:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FORMA DE PAGAMENT

---

Marca amb una creu la forma en què fareu el pagament.

- En efectiu
- Per transferència bancària
- Per domiciliació bancària

**\*Cal adjuntar la fotocòpia de la targeta sanitària de l'infant.**

Data:

Signatura: