

**FITXA D'INSCRIPCIÓ A LES COLÒNIES '17**  
**ESCOLA DELS ENCANTS**



**DADES PERSONALS DEL NEN/A**

NÚM. D'INSCRIPCIÓ	GRUP

1r COGNOM:	
2n COGNOM:	
NOM:	
DATA DE NAIXEMENT:	EDAT:
ADREÇA:	
POBLACIÓ:	C.P.:
NOM PARE I MARE:	
TELÈFON:	TELF. D'URGÈNCIA:
CURS:	E-MAIL:

**DADES DE L'ACTIVITAT QUE VOL REALITZAR**

Torn 5 dies (3 al 7 de juliol)	Torn 3 dies (5 al 7 de juliol)

Senyaleu amb una **X** l'opció que trieu

**En cas de baixa es retornarà el 50% de l'import ingressat si ho comuniqueu abans del dia 19 de juny.**  
**El pagament es podrà fer fraccionat, heu d'abonar el 50% en el moment de fer la inscripció (fins al 12 de maig) i la resta abans del 5 de juny. Aquest s'ha de fer a través de transferència bancària o en efectiu. A la transferència ha de constar: nom i cognoms de l'infant, i colònies d'estiu encants.**

**PAGAMENT**

**L'ingrés total de la inscripció s'ha d'efectuar al número de compte corrent: ES56 0081 0161 7100 0133 4642**

Junt amb aquest full d'inscripció emplenat heu de portar:

- Resguard de l'ingrés bancari.
- Una còpia de la targeta de la seguretat social del nen o nena.
- Una còpia del carnet de vacunes, si no en teniu cal presentar un certificat mèdic on consti que l'infant no pateix cap malaltia greu actual.
- Una còpia del D.N.I. de la persona que signa l'inscripció

## AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/A

Jo,....., amb D.N.I. núm.....

Autoritzo al meu fill/a..... a Kampi Ki Pugui i en concret als seus membres i/o educadors o persones que actuïn en nom d'aquesta a:

- Participar a les activitats sol·licitades, sota les condicions establertes.

SI

NO

- Que el meu fill pugui aparèixer en fotografies, filmacions que es deriven de les activitats que es realitzarà sota la supervisió i control d'aquestes (C.E. art. 18.1 i Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig), per a que les famílies puguin disposar d'elles un cop finalitzada l'activitat.

SI

NO

- Als desplaçaments en els mitjans de transports corresponents per part dels educadors i/o monitors adscrits a les activitats. En totes aquelles sortides del centre, que s'hagin de realitzar per tal de desenvolupar l'activitat.

SI

NO

- A que es prenguin les mesures mèdico-sanitàries i quirúrgiques que amb caire d'urgència s'hagin de realitzar al meu fill/a, i que siguin derivades dels trasllats o de les activitats que desenvolupi.

SI

NO

**CONSENTO EXPRESSAMENT I AUTORITZO** a l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI i per tant a les persones adscrites, inscrites, titulars i col·laboradors de tots els departaments, en els que s'organitza l'Associació Educativa KAMPI KI PUGUI perquè tracti les dades personals que voluntàriament he facilitat en documents adjunts, d'acord amb allò disposat a la Llei 15/1999 de 13 de desembre i pel Real Decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la LOPD, limitant la referida autorització al compliment dels fins directament relacionats amb les funcions legítimes del Responsable del Fitxer, així com l'enviament d'informació sobre activitats de l'Associació per correu postal, correu electrònic o per butlletins o revistes.

El responsable del fitxer és l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI. Per exercitar els drets amunt mencionats, i per qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit a ASSOCIACIÓ EDUCATIVA KAMPI KI PUGUI C/. RONDA DE LA VIA 57, LOCAL, D.P. 08903 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BCN)

Prenc el compromís de vetllar pel bon funcionament del casal.

Barcelona, a .....de.....de 20...

Signatura del pare/mare o tutor/a: