

Cognoms: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Data naixement: \_\_\_\_\_ Soci : SI (Pares – nen/a) / No. N. de Soci \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_ Codi postal: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_ Escola : \_\_\_\_\_

Malaties i al·lèrgies : \_\_\_\_\_

Nom i cognoms pare/mare/tutor: \_\_\_\_\_ mòvil: \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

Nº S.S.: \_\_\_\_\_

En cas d'urgència aviseu a: 1- \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ ; 2 \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

		PETIT CASAL (2017-2016-2015)		CASAL MULTIESPORTIU (2009 al 2014)	
TORN	SETMANA	ACOLLIDA	MATI	ACOLLIDA	MATI
1er torn	28 juny al 2 juliol				
2on torn	5 juliol al 9 juliol				
3er torn	12 juliol al 16 juliol				
4rt torn	19 juliol al 23 juliol				
5e torn	26 juliol al 30 juliol				

A l'hora de formalitzar la reserva es realitzarà un pagament del 50% de la inscripció.

Cal adjuntar a aquest full d'inscripció fotocòpia del llibre de vacunes i targeta sanitària.

La realització de l'activitat queda sotmesa a un nombre mínim d'inscrits

Un cop iniciada l'activitat, no es retorna l'import del casal, en cas de malaltia justificada pel facultatiu, s'abonarà el 75% dels imports pagats

La inscripció és personal i intransferible.

L'Horari de Casal pels que nens sense acollida és a les 9h, el Club no es fa responsable de cap nen/ a que estigui abans de l'hora esmentada

## **AUTORITZACIÓ**

En/Na. \_\_\_\_\_

Com a Mare/Pare o Tutor de l'alumne \_\_\_\_\_

**AUTORITZO**  **NO AUTORITZO**  al personal del centre a traslladar al meu fill/a al Centre d'Atenció Primària (CAP) en el cas que necessités assistència mèdica i acompanyar al menor si no he estat localitzable.

**AUTORITZO**  **NO AUTORITZO**  al personal del centre, així com a la resta de pares, a realitzar fotografies on aparegui la imatge i/o gravació de la persona inscrita, entenent que es tracta d'un ús particular (Llei Orgànica 1/1996, de 15 de gener).

## **DECLARACIÓ**

DECLARO que l'alumne referenciat no pateix cap patologia que impedeixi la pràctica de l'exercici físic. Tanmateix, **ACCEPTO** voluntàriament, i sota la meva responsabilitat, que l'alumne faci exercici aquàtic en aquest centre. D'altra banda, **DECLARO** assumir la baixa immediata com a alumne d'aquest centre en cas que hagi ocultat dades sobre el seu estat de salut.

En el cas que el alumne pateixi alguna malaltia i/o patologia que pugui afectar al desenvolupament normal de l'activitat, li preguem ens ho assenyali a continuació i ens lliuri un certificat mèdic on s'estipuli que el noi/a en qüestió pot realitzar exercici físic i la prescripció del mateix.

**OBSERVACIONS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DECLARO** que totes les dades aportades són certes i **ASSUMEIXO** la baixa automàtica del centre en cas que hagi ocultat qualsevol dada especificada en aquest document.

**Signatura d'acceptació**

## **CLAUSULA INFORMATIVA**

**Protecció de dades:** Els informem que les seves dades estan incorporades a un fitxer amb titularitat del CLUB NATACIÓ MOLINS DE REI. Aquestes dades han estat incorporades en el sistema de tractament de CLUB NATACIÓ MOLINS DE REI d'acord amb la normativa de la Llei de Protecció de dades. Sempre i quan es compleixin els requisits exigits per la normativa, vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, limitació de tractament, supressió, portabilitat i oposició/revocació, en els terminis que estableix la normativa vigent en matèria de protecció de dades, dirigint la seva petició a l'adreça postal ESPERANTO, S/N (08750) MOLINS DE REI (BARCELONA) o bé a través de correu electrònic [quimpapiol@cnmolins.cat](mailto:quimpapiol@cnmolins.cat)