

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

Adreça: _____ Codi postal: _____ Població: _____ Escola : _____

Malalties i al·lèrgies : _____

Nom i cognoms pare/mare/tutor: _____ mòbil: _____ e-mail : _____

Nº S.S.: _____

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

TORN	SETMANA	PETIT CASAL (2016-17-18)		CASAL MULTIESPORTIU (2010 al 2015)	
		AM	M	AM	M
1er torn	27 juny al 1 juliol				
2on torn	4 juliol al 8 juliol				
3er torn *	12 juliol al 15 juliol				
4rt torn	18 juliol al 22 juliol				
5e torn	25 juliol al 29 juliol				

***El dilluns 11/07/2022 és FESTIU i no es farà casal**

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 meua 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 de contacte electrònic estan incorporades a un fitxer amb titularitat del CLUB NATACIÓ MOLINS DE REI. Aquestes dades han estat incorporades d'acord la normativa de la Llei de Protecció de Dades. Sempre i quan es compleixin els requisits per la normativa, vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, limitació de tractaments, suspensió, portabilitat i oposició/renovació, en els termes 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 rgpd@cnmolins.cat.