

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	INICIACIÓ (2013-14-15)			TECNIFICACIÓ (2010-11-12)		
		A MATI	CAMPUS	A MIGDIA	A MATI	CAMPUS	A MIGDIA
<i>1er torn</i>	<i>27 juny al 1 juliol</i>						
<i>2on torn</i>	<i>4 juliol al 8 juliol</i>						

Pagament total en el moment de la inscripció.

Cal adjuntar a aquest full d'inscripció fotocòpia de la 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.

En cas de suspendre's el Campus per decisió del Club, es retornaran el 100% del imports abonats.

L'Horari del Campus pels que nens sense acollida és a les 9:00h, el Club no es fa responsable de cap nen/ a que estigui abans de l'hora esmentada.

Les places son limitades i s'acceptaran per estricte ordre d'inscripció.

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 rqpd@cnmolins.cat.