



Documentació necessària:

DNI INFANT (o equivalent) TARJETA SEG. SOCIAL INFANT CARTILLA VACUNACIÓ INFANT

Com ens has conegut? (marca l'opció corresponent)

Facebook / instagram / web / antic usuari / boca a boca / publicitat paper / al mateix centre / altres _____

Dades personals (tots els camps són obligatoris)

Nom i cognoms: _____ Edat: _____ Curs: _____

Adreça: _____

Codi Postal: _____ Població: _____

El nen/a sap nedar? _____ Realitza curssets de natació al CEM Can Felipa? _____

Nom persona responsable: _____ Parentiu: _____

E-mail: _____ Telf: _____

Nom persona responsable: _____ Parentiu: _____

E-mail: _____ Telf: _____

Altres telèfons/persona de contacte: _____ / _____

Jo, _____, amb DNI _____ com a
pare/mare/tutor legal de _____ autoritzo a l'inscrit a participar al
Campus Esportiu segons les condicions i normativa establertes i, verifico que aquestes dades són certes. Faig
extensiva aquesta autorització per a les decisions medicoquirúrgiques que, sota la pertinent direcció facultativa,
calguin prendre en cas d'urgència.

Barcelona, a _____ de _____ de _____.

*Signatura persona responsable



Autorització per a les recollida/sortida diària

- ✓ El nen SI marxarà sol des de la parada de l'autocar:

Jo, _____ amb DNI _____ com a persona responsable de _____, autoritzo per a que el nen pugui marxar sol a casa, sota la meva responsabilitat, un cop finalitzada la jornada al campus.

*Signatura persona responsable

- ✓ El nen NO marxarà sol des de la parada de l'autocar:

Jo, _____ amb DNI _____ com a persona responsable de _____, autoritzo per a que, en el cas que jo no pugui recollir el nen, ho puguin fer les següents persones que són de la meva confiança:

NOM I COGNOMS	PARENTIU	DNI	TELÈFON CONTACTE

*Signatura persona responsable



Data de naixement: ____/____/____

✓ Pateix o ha patit alguna malaltia/discapacitat psíquica o física important que consideri que l'equip de tècnics hauria de conèixer? _____

✓ El nen/a té alguna al·lèrgia o intolerància a: (marcar la rodona)

No

Si Quina? _____

✓ Pateix sovint algun tipus d'afecció i/o malaltia:

No

Si Quina? _____

Verifico que les dades omplertes son correctes i actualitzades a dia d'avui:

Barcelona, a ____ de _____ de ____.

*Signatura persona responsable