

ESCOLA D'ESTIU POLOP 2019

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha de Nacimiento..... Edad.....

Domicilio.....nº.....piso.....letra.....

Población.....

Colegio donde cursa los estudios.....Curso.....

TELÉFONOS DE CONTACTO DURANTE LA ACTIVIDAD

Nombre y apellidos del padre..... Teléfono.....

Nombre y apellidos de la madre.....Teléfono.....

INFORMACIÓN SANITARIA

Alergias a algún fármaco o medicamento.....

Especificar medicamento.....

Alergias alimentarias.....

Otros tipos de alergias.....

¿Sigue algún tipo de tratamiento?

¿Tiene algún tipo de minusvalía?.....

¿Cuál?.....

INFORMACIÓN IMPRESCINDIBLE PARA LA ACTIVIDAD DE ESCUELA DE VERANO

¿Sabe nadar?.....

¿Nada con manguitos?.....

PERIODO MATRICULA

Junio (a partir del 21) Julio Agosto Septiembre

(*) Solamente se aceptarán anulaciones de matrícula hasta cuatro días antes de la fecha de comienzo de la actividad. Si se realizan con posterioridad, la empresa se reserva el derecho de penalizar con un 20% del importe de la matrícula por los gastos ocasionados.

Firma Padre, Madre o Tutor Legal

ESCOLA D'ESTIU POLOP 2019

AUTORIZACIÓN PATERNA/MATERNA/TUTOR

D/Dña..... con DNI.....
autorizo a mi hijo/a.....
para que: (marcar la opción que proceda)

- acuda a la playa o a la piscina, los días fijados la organización.
- participe en las salidas que se realicen a distintos puntos de la localidad (biblioteca, parque, etc...)

Horarios de entrada y salida:

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Hora de entrada : | <input type="checkbox"/> 9h | <input type="checkbox"/> 10h |
| Hora de salida: | <input type="checkbox"/> 13h | <input type="checkbox"/> 14h |
| ¿Quieres aula matinal? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Quieres servicio de comedor? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Puede volver solo/a a casa? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Autorizo a recoger a mi hijo/a en los horarios establecidos a las siguientes personas:

Nombre:Parentesco:

Nombre:Parentesco:

Autorizo a PROJECTES EDUCATIUS ALTEA a:

- adoptar las decisiones médicas que fuesen necesarias, por razones de extrema urgencia, bajo la dirección facultativa pertinente y sin que hubiera sido posible contactar con la familia.
- la realización de fotos durante la actividad y difusión de alguna de ellas en las redes sociales.

En..... a de..... de 2019

Firma Padre, Madre o Tutor Legal

Cuenta bancaria de Caixaltea: ES6530452655042720006322