

AJUNTAMENT DE VILAJUÏGA



SERVEI D'ACOLLIDA MUNICIPAL LÚDIC – EDUCATIU FITXA INSCRIPCIÓ CURS 2011 – 12

Cal adjuntar:

- Fotocòpia de la targeta sanitària
- Fotografia

Fotografia

DADES DEL /LA MENOR

NOM: COGNOMS:

Data de naixement:

Curs: Escola:

Domicili habitual:

Telèfon domicili habitual:

TELÈFONS PER AVISAR EN CAS D'URGÈNCIA

Exemple: 972 00 00 00 (feina mare) 972 00 00 01 (casa avis)

.....

.....

DADES DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL O LA MENOR

NOM: COGNOM:

DNI: Relació amb l'infant (mare/pare/àvia...):

Correu electrònic (opcional):

Només es farà ús d'aquest correu per tal d'informar de les activitats programades per el servei d'acollida lúdic – educatiu així com casals i caselets organitzats per l'ajuntament.

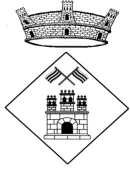
PERSONES AUTORITZADES PER RECOLLIR AL NEN O LA NENA (MAJOR DE 18 ANYS)

NOM: COGNOM:

DNI: Relació amb l'infant (mare/pare/àvia...):

NOM: COGNOM:

DNI: Relació amb l'infant (mare/pare/àvia...):



AJUNTAMENT DE VILAJUÏGA



FULL AUTORITZACIÓ DE LA PERSONA RESPONSABLE

EN/NA AMB NÚMERO DE
DNI: I COM A DEL /LA
MENOR FAIG CONSTAR SOTA LA
MEVA RESPONSABILITAT QUE:

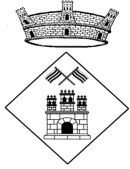
- Les dades incloses en aquest full d'inscripció són correctes.
- Conec les normes de funcionament de l'activitat i les accepto.
- Tinc coneixement que una vegada començada l'activitat no tinc dret a la devolució de l'import abonat.
- Autoritzo a la persona inscrita a prendre part de les sortides que es realitzin dins el municipi sempre i quant tingui lloc dins de l'horari establert per l'activitat.
- Autoritzo en cas d'accident o qualsevol altra incident que ho requereixi, a que les persones responsables de l'activitat puguin donar les pases necessàries i que considerin més oportunes, prioritzant sempre l'atenció mèdica immediata a l'infant.

Marqueu amb una X les opcions que corresponguin:

- Autoritzo a que el nen/a pugui marxar sol/a a les hores de sortida del servei.
- No autoritzo que el nen/a pugui marxar sol/a a les hores de sortida del servei. Comunicaré a la direcció de l'activitat les persones autoritzades per recollir a el/la menor.
- Autoritzo a que el/la nen/a pugui ser traslladat/da amb vehicle privat a un centre mèdic en cas d'accident o malaltia greu sempre i quant la situació ho requereixi i no hi hagi cap altra opció més eficaç.

Signatura:

Vilajuïga, de de



AJUNTAMENT DE VILAJUÏGA



FITXA DE SALUT

NOM I COGNOM:

EDAT:

TELÈFONS PER AVISAR EN CAS D'URGÈNCIA:

Podeu contestar SI/NO i incloure les explicacions que creieu adient per el benestar de l'infant.

Té alguna malaltia crònica?

En cas afirmatiu, quina?

Pren medicació regularment?

En cas afirmatiu, quina i amb quina freqüència?

Té problemes de vista o oïda?

Hi ha alguna cosa que no hauria de menjar o beure?

Té alguna al·lèrgia?

En cas afirmatiu, a què?

Pateix d'incontinència urinària durant el dia?

Sap nedar?

Expliqueu, si ho creieu convenient, qualsevol observació respecte pors, salut, evolució personal o comportament de l'infant que penseu que pot facilitar la nostra tasca i el benestar del nen o la nena durant el desenvolupament de les nostres activitats.

.....
.....
.....
.....

Tota la informació aquí exposada serà tractada com a informació confidencial,
privada i personal



AJUNTAMENT DE VILAJUÏGA



ANNEX I

Assistència:

2/4 de 8h a les 9h del mati.

Fixa

Esporàdic

De 8h a les 9h del mati.

Fixa

Esporàdic

Casalet de Nadal, febrer i Setmana Santa

Casal d'Estiu

Activitats dies festius