

**ESCOIA ESPORTIVA d'ESTIU alfafar 2010****FICHA DE INSCRIPCIÓN**

FOTO

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

Apellidos:		Nombre:			
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Tel.1:	Tel.2:		
Dirección:					
Nº:	Piso:	Puerta:	Letra:	C.P.:	Población:
Nombre y apellidos del padre/madre o tutor/a legal:		DNI:			
1.		1.			
2.		2.			

INSCRIPCIÓN

Cuota general (50 euros)	
Cuota reducida por familia numerosa (50% de descuento = 25 euros)	
Cuota reducida por niño/a con discapacidad (50% de descuento = 25 euros)	

INFORMACIÓN SANITARIA

Subraya tipos de afecciones frecuentes:
 Anginas- Empachos-Constipados- Faringitis-Dolor de Muelas-Estreñimiento-Reumatismo Infantil
 Otros:

¿Toma alguna medicación? SÍ NO ¿Cuál?:
 Medidas de Administración:

¿Ha sido vacunado contra el tétano? SÍ NO
 Indicar fechas de Administración:

Otras vacunas administradas:

¿Es alérgico? SÍ NO ¿A qué?:

¿Se mareta con facilidad? SÍ NO ¿Enferma con frecuencia? SÍ NO

Observaciones que considere de interés para la salud del niño/a:

AUTORIZACIÓN FAMILIAR

Autorizo a mi hijo/a a asistir a la Piscina los días que se estipulen: SÍ NO

Hago extensiva esta autorización a las decisiones médicas que fueran necesarias adoptar en caso de urgencia, bajo facultativa pertinente.

AUTORIZACIÓN IMAGEN

SI ___ NO ___ autorizo al Ayuntamiento de Alfafar a utilizar imágenes de la Escola Esportiva d'Estiu con la posibilidad de que aparezca mi hijo en fotografías de grupo, con motivo de posibles publicaciones en la página web del Ayuntamiento en cuanto a promoción de futuras ediciones.

SERVICIO OPCIONAL DE COMEDOR (marque con una cruz en la casilla)	SÍ	NO
---	-----------	-----------

En Alfafar, a de Junio del 2010

Firma:

**ESCOIA ESPORTIVA d'ESTIU alfafar 2010****FITXA D'INSCRIPCIÓ**

FOTO

DADES PERSONALS DEL XIQUET/A

Cognoms:		Nom:	
Edat:	Data de naixement:	Tel.1:	Tel.2:
Adreça:			
Nº:	Pis:	Porta:	Lletra:
C.P.:		Població:	
Nom i cognoms del pare/mare o tutor/a legal:		DNI:	
1.		1.	
2.		2.	

INSCRIPCIÓ

Quota general (50 euros)	
Quota reduïda per família nombrosa (50% de descompte = 25 euros)	
Quota reduïda per xiquet/a amb discapacitat (50% de descompte = 25 euros)	

INFORMACIÓ SANITÀRIA

Subratlla els tipus d'afeccions freqüents:
 Angines – Empatx – Constipats – Faringitis – Mal de queixals – Estrenyiment – Reumatisme infantil
 Altres:

¿Pren alguna medicació? SÍ NO ¿Quina?:
 Mesures d'administració:

¿Ha estat vacunat contra el tètanus? SÍ NO
 Indicar dates d'administració:

Altres vacunes administrades:

¿És al·lèrgic? SÍ NO ¿A què?:

¿Es mareja amb facilitat? SÍ NO ¿Emmalalteix amb freqüència? SÍ NO

Observacions que considere d'interés per a la salut del xiquet/a:

AUTORITZACIÓ FAMILIAR

Autoritze el meu fill/a a assistir a la Piscina els dies que s'estipulen: SÍ NO

Faig extensiva esta autorització a les decisions mèdiques que caldria adoptar en cas d'urgència, sota la facultativa pertinent.

AUTORITZACIÓ D'IMATGE

SI ___ NO ___ autoritze l'Ajuntament d'Alfafar a utilitzar imatges de l'Escola Esportiva d'Estiu amb la possibilitat que aparega el meu fill/a en fotografies de grup, amb motiu de possibles publicacions en la pàgina web de l'Ajuntament en quant a la promoció d'edicions futures.

SERVEI OPCIONAL DE MENJADOR (marque amb una creu en la casella)	SÍ	NO
--	-----------	-----------

En Alfafar, a de Juny del 2010

Signatura: