

ESPLAI



ELS ESTELS DE CANILLO



NOM: .....COGNOMS.....DATA DE NAIXEMENT.....  
EDAT.....ADREÇA.....  
NOM DEL PARE I/O TUTOR.....TELÈFON.....  
NOM DE LA MARE I/O TUTOR..... TELÈFON.....

- SETMANA DEL 29 DE MARÇ AL 1 D'ABRIL     DINAR     MATÍ  
 SETMANA DEL 6 AL 9 D'ABRIL     TARDA  
 TOT EL DIA

Els dies 2 i 5 d'abril tancat per festivitat

#### DOMICILIACIÓ

BANC.....TITULAR DEL COMPTE.....

NÚM. DE COMPTE IBAN\_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ /

#### DOCUMENTACIÓ

Certificat assegurança extraescolar any 2009/2010

El sotasignat Sr/Sra.....Autoritza als responsables de l'Esplai els Estels del Comú de Canillo , a fer practicar tota intervenció o cura d'urgència , en cas de necessitat al seu fill/a.....  
I a dur a terme totes les activitats planificades.

Us recordem que per a la seguretat dels nens que assisteixen a l'Esplai les persones que els vinguin a recollir hauran de ser majors d'edat . Si els pares o les persones autoritzades a la inscripció no poden presentar-se a la recollida del nen/a s'haurà de notificar prèviament als monitors i signar una autorització. En cas contrari no es permetrà que el nen abandoni les instal·lacions.

Persones majors d'edat autoritzades per a recollir l'infant:

Nom i Cognom:.....

Autoritzo a l'Esplai els Estels de Canillo a dur a terme material fotogràfic i audiovisual del meu fill/a

- SI     NO

OBSERVACIONS(medicaments , al·lèrgies o altres aspectes a tenir en compte)

.....

SIGNATURA PARE , MARE , TUTOR/A