

Dades de l'activitat

Entitat organitzadora:
EPIC Casino del Comerç

Dades del nen/a

Nom i cognoms: _____ Data de naixement: _____

Centre escolar: _____ Curs escolar actual: _____

Adreça: _____ Localitat de residència: _____

Codi postal: _____ Núm. de la targeta sanitària: _____

Dades d'interès

Com ens ha trobat? Internet Flyer Recomanació L'estiu passat ja va anar Altres:

Sap nedar? Sí No Amb dificultats Talla samarreta: _____

A les excursions es cansa aviat? Sí No

Qui vindrà a recollir(1)? Noms i cognoms: _____ DNI: _____ Telèfon: _____
 .(1) En cas de sortir sol/a, omplir l'autorització corresponent

Dades mare/pare o tutor/a legal

Nom i cognoms: _____

DNI: _____ Correu electrònic(2): _____
 .(2) Poseu el correu electrònic que s'entengui bé

Telèfon1 (mare): _____ Telèfon2 (pare): _____ Telèfon3: _____

Altres telèfons d'interès: _____

Servei d'autocar i/o taxi privat* (3)

.(3) Només emplenar en cas d'ús d'aquest servei

Parada a pujar(4): _____
 .(4) Mirar document AUTOCAR CASAL 2015

Parada a baixar(4): _____ Hora de baixada (13:00h o 17:00h): _____

Qui vindrà a recollir a la parada? Noms i cognoms: _____ DNI: _____ Telèfon: _____

Es mareja fàcilment? Sí No

**En cas que el nombre d'alumnes no sigui suficient per a un autocar, es posarà a disposició de les famílies el mateix servei de transport amb taxi. NO té cap cost addicional.*

Servei de menjador/berenar(5)

.(5) Només emplenar en cas d'ús d'aquest servei

Els entrepans amb tomàquet o sense?

Documents que cal adjuntar

- 1) Aquests fulls d'inscripció (4 pàgines) degudament emplenats i signats per la mare/pare o tutor/a.
- 2) 2 fotografies mida carnet (recent). Poden ser impreses en paper.
- 3) Fotocòpia de la targeta de la seguretat social o de la mútua on està inscrit el nen/a.

Condicions de pagament

- **OPCIÓ 1:** Abonar el 100% de la quota al fer la inscripció.
- **OPCIÓ 2:** Abonar el 50% de la quota al fer la inscripció per reservar la plaça. La resta, el 50%, es liquidarà abans del dia 13 de juny.

Condicions de baixa

- # Perquè la baixa sigui efectiva, caldrà omplir el full de baixes. Demanar-ho al responsable.
- # Una vegada realitzada la inscripció (sigui quin sigui el període) davant d'una baixa justificada (amb certificat mèdic), es penalitzarà el 20% del total de la inscripció a partir del moment en què es produeixi la baixa, en concepte de despeses d'organització i d'ocupació de plaça.
- # Abans de l'inici del campus, les devolucions dels imports de les baixes que es produeixin per voluntat pròpia es veuran penalitzades amb un 20% del import total de la inscripció, en concepte de despeses d'organització i d'ocupació de plaça.
- # A partir del 14 de juny de 2015, no es realitzaran devolucions ni per baixa voluntària ni per modificacions.
- # En les inscripcions del campus complet (6 setmanes, independentment dels serveis sol·licitats) no s'acceptaran modificacions ni retorns del pagament total, atès que s'han vist afavorides de la prioritat d'inscripció.

Planificació del teu EPICCAMPUS⁽⁷⁾

.(7) Marcar amb una X el servei que necessitis

	TOT EL DIA (matí + tarda)	MATÍ (9:30 a 13:00)	TARDA (15:00 a 17:00)	ACOLLIDA (8:00 a 9:30)	RECOLLIDA (17:00 a 18:00)	AUTOCAR / TAXI (9:00 / 13:00 o 17:00)	MENJADOR (13:00 a 15:00)
Setmana 1 22/6 - 26/6							
Setmana 2 29/6 - 03/7							
Setmana 3 06/7 - 10/7							
Setmana 4 13/7 - 17/7							
Setmana 5 20/7 - 24/7							
Setmana 6 27/7 - 31/7							

Per a dies saltejats, comunicar-ho als responsables

Desglossament econòmic⁽⁸⁾

.(8) A EMPLENAR PEL CLUB

SERVEIS	SUBTOTAL	DESCOMPTES	TOTAL
Activitats matí o matí + tarda	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Menjador + Berenar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autocar i/o taxi privat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acollida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recollida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		TOTAL DELS SERVEIS	<input type="text"/>

SEGELL DE L'ENTITAT

DATA

Autorització de participació

En/na..... amb DNI.....
autorizo al meu fill/a o tutelat/da..... a:

- Assistir i realitzar les activitats programades de l'EPIC CAMPUS 2015 a les instal·lacions de l'EPIC que organitza l'EPIC Casino del Comerç.
- Accepto les condicions de pagament i de baixa l'EPIC CAMPUS 2015.
- En cas de malaltia o accident que pugui ser atès per un metge, i el seu trasllat al Centre Sanitari més proper (responsable d'aquesta activitat el pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica, emprant les mesures de seguretat pertinents).
- El dret a la pròpia imatge és reconegut en l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar, i a la pròpia imatge. Autoritzo a poder fotografiar i publicar fotografies i vídeos on aparegui el meu fill/a clarament identificable, corresponent a activitats programades i organitzades pel l'EPIC CAMPUS de l'EPIC, en la seva pàgina web, les xarxes socials (Facebook i Twitter) i revistes i publicacions de l'EPIC Casino del Comerç. A més, autoritzo que el material elaborat pel meu fill/a pugui ser publicat ens els espais de comunicació (pàgina web, xarxes socials i revistes i publicacions) de l'EPIC Casino del Comerç.
- En compliment del que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de Dades de caràcter personal, l'informem que mitjançant l'emplenament del present formulari ens dona el seu consentiment per a que les seves dades personals siguin incorporades i tractades a un fitxer de dades personals, propietat de l'EPIC Casino del Comerç, garantint la seva seguretat i confidencialitat, amb la finalitat de la prestació i comercialització dels nostres serveis. L'informem que pot exercir en qualsevol moment els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició si ens ho comunica al correu electrònic campus@epiccasino.cat o per escrit al carrer La Castellassa 14 (Pla de Sant Llorenç) – 08230 Matadepera.

Signatura del pare, mare o tutor,

Matadepera,.....de.....2015

L'organització de l'EPIC CAMPUS de l'EPIC es reserva el dret de modificar la programació (activitats, horaris, sortides, etc.) del mateix, en funció de les seves disponibilitats.

Altres autoritzacions

Tornar tot sol/a a casa⁽³⁾:

⁽³⁾ Només en cas que els nen/a sortís sol/a.

En/na..... amb DNI.....
autorizo al meu fill/a o tutelat/da..... sortir sol/a de
l'EPIC CAMPUS 2015 de les instal·lacions de l'EPIC Casino del Comerç.

Signatura del pare, mare o tutor/a

Matadepera,.....de.....2015

Autorització d'administració de medicaments⁽⁹⁾:

⁽⁹⁾ Només en cas administració de medicaments

En/Na..... amb DNI..... i com a
pare/mare/tutor/a del nen/a

SOL·LICITO i AUTORITZO als responsables de l'EPIC CAMPUS administri la medicació necessària indicada pel metge mitjançant **recepta/informe mèdic que adjuntem.**

En cas d'haver d'administrar una medicació **que no requereixi prescripció mèdica**, cal que ens faciliteu aquesta informació:

- Nom medicament:.....
- Dosi de la medicació:.....
- Hora d'administració:.....
- Durada tractament (dia o dies):.....

ASSUMEIXO com a pare/mare/tutor/a legal del fill/a, i per tant, EPIC CAMPUS queda totalment exclòs de responsabilitats en cas de produir-se efectes secundaris de qualsevol mena per causa de l'esmentada medicació.

I per tal que consti, signo la present autorització a Matadepera, dia.....de.....2015

Signatura del pare, mare o tutor,

Fitxa de salut

Ompliu la fitxa de salut amb totes aquelles dades que creieu necessàries que ens heu d'informar. La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 137/2003 de 10 de juny, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat de conformitat amb la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

Nom i cognoms del nen/a:.....

Impediments físics o psíquics:

Indiqueu si el vostre fill o filla té algun impediment que hàgim de tenir en compte.

Malalties cròniques i/o al·lèrgies:

Indiqueu si el vostre fill o filla té alguna malaltia crònica o recurrent que hàgim de tenir en compte.

Indiqueu si té alguna al·lèrgia o intolerància i quines mesures hem de prendre.

Medicació amb indicació d'horaris i quantitat:

Indiqueu si el vostre fill o filla s'ha de prendre algun medicament, indicant horaris i quantitats.

El medicament l'heu d'entregar al responsable de l'activitat el primer dia en arribar.

S'ha d'omplir l'autorització d'administració de medicaments.⁽⁹⁾

Possible règim que escaigui:

Indiqueu clarament si hi ha alguna cosa que el vostre fill o filla no pot menjar, o segueix algun règim especial.

Informació de qualsevol altre qüestió que es consideri necessària:

Indiqueu qualsevol altre qüestió que considereu necessari que sapiguem

NOTA: L'EPICCAMPUS no es responsabilitza de les conseqüències del que no s'hagi indicat anteriorment.

Signatura del pare, mare o tutor/a:

Nom i cognoms de qui firma:.....amb DNI.....

Matadepera,.....de2015