



# FORMULARI D'INSCRIPCIÓ

Entregar el formulari amb LLETRA MAJÚSCULA.

FOTO  
OBLIGATORIA

## DADES DEL/LA PARTICIPANT

Nom:	1er cognom:	2on cognom:
_____	_____	_____
Data de naixement: ____/____/____	Sexe:	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
Marca quina és la teva opció de tarifa especial.	Tens tarifa especial?	
<input type="checkbox"/> Ets client de Sensación Activa S.L. de l'any 17 /18	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Has estat federat la temporada 17/18	Talla samarreta:	
<input type="checkbox"/> Ets família numerosa o monoparental	<input type="checkbox"/> 3-4 anys <input type="checkbox"/> 7-8 anys <input type="checkbox"/> 12-14 anys	
<input type="checkbox"/> Fas la inscripció amb un amic o mes. indica qui.	<input type="checkbox"/> 5-6 anys <input type="checkbox"/> 9-11 anys <input type="checkbox"/> S	
<input type="checkbox"/> fas la inscripció amb un familiar o més que no sigui germà	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	

## DADES DEL/LA PROGENITOR/A / TUTOR/A I CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA

Nom:	1er cognom:	2on cognom:
_____	_____	_____
DNI/NIE/Passaport:	Telèfon fix:	Telèfon mòbil:
_____	_____	_____
Adreça electrònica:	_____	
Relació parental amb el/la participant:		
<input type="checkbox"/> Pare	<input type="checkbox"/> Mare	<input type="checkbox"/> Tutor/a legal
Altres contactes en cas d'emergència (Nom i telèfon):		
* _____		
* _____		

## INFORMACIÓ PERSONAL DEL/LA PARTICIPANT

Es mareja amb facilitat?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pateix hemorràgies nasals?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
És al·lèrgic/a?:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A què?: _____		
Pren algun medicament per l'al·lèrgia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quin?: _____		
Segueix algun règim especial?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quin?: _____		
Pren algun medicament?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quin?: _____		
Administració i dosis: _____		
Pateix alguna discapacitat motriu o psíquica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Quina?: _____	Grau?: _____	
Sap nedar per sí sol?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

## OPCIÓ CASAL

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PETITS ATLETES (3-4 I 5-6 ANYS) | <input type="checkbox"/> ESPORTISTES D'ALT RENDIMENT (9-10-11 ANYS) |
| <input type="checkbox"/> INICIACIÓ ESPORTIVA (7-8 ANYS)  | <input type="checkbox"/> ESPORTISTES D'ÉLIT (E.S.O.)                |

**SETMANES DEMANADES**

\* Senyala amb una creu les setmanes demanades

JULIOL :

25/06-29/07

02/07-06/07

09/07-13/07

16/07-20/07

23/07-27/07

30/07-03/08

**DECLARO I AUTORITZO****DECLARO:**

Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/da a comunicar a SENSACIÓN ACTIVA S.L. de qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.

Que estic al corrent i accepto les condicions de l'empresa SENSACIÓN ACTIVA S.L.

**AUTORITZO :**

AUTORITZO al/la meu/meva fill/filla o tutelat/da a assistir a l'activitat sol·licitada d'acord amb les condicions establertes.

AUTORITZA que el personal responsable traslladi el/la seu/seva fill/filla o tutelat/da en el vehicle privat destinat a l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat pertinents?

 AUTORITZO NO AUTORITZO

AUTORITZA que el personal responsable de l'activitat administri la medicació que s'especifica en aquest document i/o la medicació que s'indiqui en un document per escrit en el moment que comenci el casal?

 AUTORITZO NO AUTORITZO

AUTORITZA a sortir al seu/seva fill/a a la platja, piscina municipal i gimcanes fora del recinte poliesportiu? Si no es autoritzat/da es quedarà fent altres activitats.

 AUTORITZO PLATJA/PISCINA NO AUTORITZO PLATJA/PISCINA AUTORTIZO GIMCANES NO AUTORITZO GIMCANES

Donat que el dret de la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la LLEI 5/1982, de 5 de MAIG, sobre el DRET A L'HONOR, A LA INTIMITAT PERSONAL I FAMILIAR I A LA PRÒPIA IMATGE, AUTORITZA a l'empresa SENSACIÓN ACTIVA S.L. a fer fotografies/filmacions al seu fill/a realitzant les activitats durant el desenvolupament del casal, per fer-ne ús en el marc de les actuacions del mateix, com la seva difusió, transformació i reproducció en les xarxes socials de l'empresa i la pàgina web de l'empresa?

 AUTORITZO NO AUTORITZO**AUTORIZACIÓ DE RECOLLIDA**

LES SEGÜENTS PERSONES SERAN LES RESPONSABLES DE LA RECOLLIDA DEL MEU/MEVA FILL/A A LA SORTIDA DEL CASAL, A LES 14:00 O 15:30 EN EL CAS DE QUEDAR-SE AL MENJADOR:

NOM	RELACIÓ	TELÈFON

AUTORITZA A MARXAR SOL/A DEL CASAL FINS A CASA, A LAS 14:00H O 15:30H EN CAS DE QUEDAR-SE AL MENJADOR?.

 AUTORITZO NO AUTORITZO**NORMATIVA CASAL**

CERTIFICO QUE HE LLEGIT, I ACCEPTO LA NORMATIVA DEL CASAL.

CERTIFICO QUE HE LLEGIT, I ACCEPTO LA NORMATIVA DE L'US DEL GRUP DE WHATSAPP

TELÈFON PER ADJUNTAR AL GRUP DE WHATSAPP: \_\_\_\_\_

En el compliment de l'article 5 de la LLEI ORGÀNICA 15/1999, de 13 de Desembre, DE PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL, AUTORITZO que les dades consignades en el present formulari s'incorporin a la "BASE DE DADES" amb la finalitat de fer una correcta gestió per dur a terme l'activitat.

En/na \_\_\_\_\_

amb DNI/NIE/Passaport \_\_\_\_\_

SIGNATURA :

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_