



# AMPA Vall de Palau

www.ampavalldepalau.net // ampavalldepalau@hotmail.com  
Telf. 693.70.86.65

## INSCRIPCIÓ DEL CASAL D'ESTIU

Nom i cognoms de l'alumne/a: .....  
Curs actual .....Telèfons de contacte: ..... / .....  
E-mail de contacte: .....  
Titular del compte ..... DNI: .....  
Número de compte IBAN: .....

**En el moment de la inscripció es farà un càrrec en compte del 40% de l'import total.**

**CAL PORTAR:** Fotocòpia de la Targeta Sanitària, Carnet de Vacunacions i foto de carnet.

També us demanem que si els nens/es han de prendre algun tipus de medicament intenteu que sigui en horari fora del Casal. En cas que no fos possible, els pares/mares/tutors haureu d'omplir la fulla adjunta i porta la **recepta mèdica**.

### Marqueu les setmanes d'assistència al Casal d'Estiu:

**MENJADOR:** Marqueu si vindrà **a menjar tota la setmana**. En cas de venir dies esporàdics, no marqueu aquí, **aviseu 3 dies abans** al monitor. **També en cas d'anul·lació.**

	DATES	ACOLLIDA (7:30 - 9:00) 15 €	MATÍ (9:00 A 13:00) 50 €	MENJADOR (13:00 A 15:00) 25 €	MENJADOR (13:00 A 15:30) 30 €	TARDA (15:00 A 17:00) 10 €	ACOLLIDA TARDA (17:00 A 18:00) 20 €
<b>1a</b>	26 al 30 de juny						
<b>2a</b>	03 al 07 de juliol						
<b>3a</b>	10 al 14 de juliol						
<b>4a</b>	17 al 21 de juliol						
<b>5a</b>	24 al 28 de juliol						

Durant el Casal, els alumnes faran una sortida setmanal al poble. Per aquestes sortides, encara que no es faci servir cap mitjà de transport, necessitem la vostra autorització.

En / Na: ..... com a pare/mare, tutor/a de  
l'alumne/a:.....  
.....autoritzo a realitzar les sortides que es faran durant el Casal d'estiu 2017.

# Fitxa mèdica

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, intolerància, asma, epilèpsia, problemes quirúrgics, etc.)  
.....  
.....

**En cas d'al·lèrgies alimentàries s'ha de portar la documentació mèdica que ho acrediti i el full detallat amb les característiques al·lèrgiques de l'alumne**

Té problemes amb la vista o l'oïda? Quins? .....

Té alguna disminució (psíquica, física, sensorial)? .....

Té algun problema de mobilitat? .....

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc...)? ..... Quina?.....

Dorm bé? ..... Sí No Quantes hores? .....

Té insomni? ..... Sí No Sap nedar? ..... Sí No

Pateix enuresi? ..... Sí No Es fatiga fàcilment? ..... Sí No

Pateix somnambulisme? ..... Sí No Es mareja amb facilitat? ..... Sí No

És epilèptic? ..... Sí No És diabètic? ..... Sí No

Es posa malalt amb freqüència? ..... De què? .....

Pren alguna medicina especial? ..... Quina i administració? (dies, hores, núm. de preses)\*:.....  
.....  
.....

Segueix alguna dieta especial?.....  
.....  
.....

Observacions:  
.....  
.....  
.....  
.....

Signat,

Sant Andreu de la Barca, de

de 2017

Documents presentats:

Firma Fitxa Inscripció

Fotocòpia Vacunes

Fotocòpia Targeta Sanitaria

Fotografia

\*Cal adjuntar informe mèdic