



# FULL DE MATRÍCULA

## ESCOLETES D'ONDA ESTIU

NO REOMPLIR

### DADES PERSONALS DEL XIQUET/A

NOM ..... COGNOMS .....

DATA DE NAIXEMENT ...../...../..... CURS ESCOLAR .....

### DADES DEL PARE/MARE/TUTOR/A

NOM ..... COGNOMS .....

DNI ..... EMAIL .....

TELÈFONS 1. .... 2. ....

ADREÇA .....

LOCALITAT.....

### SERVEI D'ACOLLIDA

**ACOLLIDA MATINERA**  
(DE 7.45 H A 9.00 H)

**ACOLLIDA VESPERTINA**  
(DE 13.00 H A 14.00 H)

### MODE DE PAGAMENT

**EFFECTIU** (S'ABONARÀ L'IMPORT SEGONS  
L'OPCIÓ TRIADA ELS DIES DE MATRÍCULA)

**DOMICILIACIÓ A COMPTE BANCARI (1)**  
(ES CARREGARÀ L'IMPORT SEGONS L'OPCIÓ  
TRIADA)

### AVÍS EN CAS D'URGÈNCIA

EN CAS DE NECESSITAT DE CONTACTE URGENT DURANT EL TRANCURS DE L'ACTIVITAT, AVISEU

A:.....

PARENTIU: ..... TELÈFON: .....

### AUTORITZACIÓ MARE/PARE/TUTOR/A

EN/NA/N' .....

AUTORITZE AL MEU FILL/A .....

A ASSISTIR A L'ESCOLETA D'ONDA, D'ACORD A LES CONDICIONS ESTABLIDES EN LA CONVOCATÒRIA I ACREDITE QUE LES SEUES CONDICIONS FÍSQUES SANITÀRIES SÓN APTES PER A PARTICIPAR EN L'ACTIVITAT, AIXÍ COM QUE SÓN VERTADERES TOTES LES DADES INDICADES. A MÉS, AUTORITZE EL TRASLLAT MÈDIC DEL MEU FILL/A EN CAS D'ACCIDENT I INTERVENIR QUIRÚRGICAMENT O PRENDRE QUALSEVOL ALTRA DECISIÓ MÈDICA PER PART DEL CORRESPONENT EQUIP MÈDIC, EN CAS D'URGÈNCIA. TAMBÉ AUTORITZE A BANYAR-SE EN PISCINES PÚBLIQUES, REBRE PETITES CURES I MEDICAMENTS COM ANALGÈSICS, ANTIPIRÈTICS I ANTIINFLAMATORIS, DE FORMULACIÓ INFANTIL I QUE ES LLIUREN SENSE RECEPTA, PER PART DELS DIRIGENTS. I PER A FINALITZAR, DONE EL MEU CONSENTIMENT PERQUÈ EL MEU FILL/A SIGA FOTOGRAFIAT O FILMAT DURANT LES ACTIVITATS REALITZADES EN L'ESCOLETA PER A ÚS EXCLUSIU D'AQUESTA ACTIVITAT.

SIGNAT

DATA ...../...../201.....

### DOCUMENTACIÓ

FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA **(OBLIGATORI)**

FOTOCÒPIA DEL CARNET DE VACUNACIONS **(OBLIGATORI)**

**(1) FOTOCÒPIA DEL NÚMERO DEL COMPTE BANCARI (OBLIGATORI SI ÉS EL CAS DE DOMICILIACIÓ)**

**NOMÉS S'ADMETRAN LES INSTÀNCIES QUE PRESENTEN TOTA LA DOCUMENTACIÓ**



## FITXA MÈDICA

### DADES FACULTATIVES

	SI	NO	ESPECIFICA TIPUS
AL·LÈRGIC ALS <b>ANTIBIÒTIC</b>			
AL·LÈRGIC A ALTRES <b>MEDICAMENTS</b>			
<b>AL·LÈRGIES</b> COMUNES			
<b>AFECCIONS</b> COMUNES			
SEGUEIX ALGUN <b>TRACTAMENT</b>			

<b>MALALTIES</b> PASSEDES RELLEVANTS. TIPUS I DATA	
VACUNA <b>ANTITETÀICA</b> . DATA ÚLTIMA PRESA	

### ALTRES DADES D'INTERÈS QUE DESITGES CONSTATAR

--

### ASPECTES NUTRICIONALS

	SI	NO	ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA
<b>CELÍAC</b>			
<b>DIETES</b> ESPECÍFIQUES			

### ASPECTES FÍSICS

	SI	NO	ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA
POT REALITZAR QUALSEVOL <b>ACTIVITAT FÍSICA</b> AMB <b>NORMALITAT</b>			
SAP <b>NADAR</b> CORRECTAMENT			

### ALTRES DADES D'INTERÈS QUE DESITGES CONSTATAR

--

### ANNEX

	SI	NO
EL MENOR AL QUE PERTANY LA PRESENT FULLA DE MATRICULA, TÉ UN GRAU DE <b>DISFUNSIÓ FUNCIONAL</b> IGUAL O MAJOR DE 33%, AMB NECESSITATS D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZADA PER A UNA CORRECTA ADAPTACIÓ EN L'ACTIVITAT, APORTANT PER AÇÒ LA DOCUMENTACIÓ QUE HO CERTIFICA.		

DATA I SIGNATURA DEL PARE/MARE/TUTOR/A: