

FULL D'INSCRIPCIÓ NENS/ES (de 4 a 15 anys)

El nen/a.....nascut/da l'any.....
assistirà a les activitats programades de Voice Up! Got Challenge.

Marqueu amb una X les dates que us interessa:

Setmana 1 (del 1 al 5 de juliol)

Setmana 2 (del 8 al 12 de juliol)

Setmana 3 (del 15 al 19 de juliol)

Setmana 4 (del 22 al 26 de juliol)

FORMA DE PAGAMENT

Num. de compte: ES56 0081 0049 5300 0217 2026

20€ de reserva	*Preu final:
-----------------------	---------------------

Autoritzacions

Jo..... amb número de DNI....., com a
pare/mare o tutor/a del nen/a.....

autoritzo a Voice Up els següents punts, a no ser que se'ns comuniqui el contrari:

- Autoritzo que en cas d'urgència el meu fill/a pugui ser traslladat en cotxes particulars al Centre d'Atenció Primària més pròxim.
- Autoritzo al meu fill/a a poder-li fer fotografies i/o vídeos durant l'estada del casal i que puguin ser publicades.
- Autoritzo a l'ús de les meves dades per rebre les comunicacions i/o informacions d'interès.
- Autoritzo al meu fill/a fer una nit a Voice Up!
- Autoritzo el meu fill/a sortir d'excursió fora del recinte de l'escola.

Signatura i nom del pare, mare o tutor/a:

.....

Aquest projecte està condicionat a un nombre mínim d'alumnes per poder realitzar-lo. En cas de no assolir el quòrum mínim, podrà quedar anul·lada la realització del projecte, quedant l'alumne informat de les causes d'anul·lació. Tanmateix, en qualsevol moment, els responsables de les classes podran decidir anul·lar la seva realització anticipadament, per qualsevol causa justificada, o bé incloure modificacions pel que fa l'escola o els docents. En cas que s'afegís en la docència qualsevol canvi o disciplina que comporti la modificació dels preus pactats, caldrà un acord entre totes les parts implicades. Les dades de caràcter personal que apareixen en aquesta fitxa són incorporades al fitxer de l'escola, essent l'òrgan responsable de llurs respectius fitxers que es compromet a no fer-ne ús per a una finalitat distinta, i a complir les mesures de seguretat i altres obligacions derivades de la legislació de protecció de dades de caràcter personal. Tanmateix, amb la present, l'alumne dona el seu consentiment per a que dites dades puguin ser utilitzades per a finalitats publicitàries. En qualsevol cas, es poden exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant una comunicació escrita, adjuntant una fotocòpia del DNI o d'un altre document identificatiu, dirigida a l'adreça de l'Escola.-

FITXA ALUMNE/A

Dades generals de l'alumne/a:

Nom:

Cognoms:

Data de naixement:

Adreça familiar:

Núm. Targeta CatSalut:

Fotografia

Nom pare/mare/tutor:

Telèfons de contacte:

1)

2)

3)

Correus electrònics de contacte:

1)

2)

Altres dades d'interès:

Celebra el seu aniversari durant el campus? SI NO Quin dia?.....

Ha fet mai música? I dansa?

Altres observacions:

.....
.....

A tenir en compte:

- Tots els dies del casal s'ha de portar: Roba i calçat còmode per les activitats
- És recomanable portar la roba i els objectes del nen/a marcats amb el nom i cognom

Fitxa de salut

Noms i cognoms

Data de naixement/...../.....

Confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat d'acord amb el Calendari de Vacunació Sistemàtiques de Catalunya: *(encercla l'opció)*

SÍ

NO*

En cas de faltar alguna **vacuna**.

Quina?.....

Última dosis antitetànica

Pateix alguna **malaltia** (asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)?.....

MALALTIES QUE TÉ		<i>(marca amb un X i explicar)</i>
SOVINT		
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi		
Insomni		
Mareigs		
Altres		

Pren alguna **medicació** especial? Sí/No

Quina?.....

Segueix algun **règim** (alimentari) especial? Sí/ No

Quin?.....

***DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT**

Jo,.....amb DNI..... pare/ mare/ tutor/a del nen/a..... em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ del meu fill/a, atès que no he aportat el Carnet de Vacunacions amb la documentació per a la inscripció al Summer Up! Let's Musical i, per tant, exonero al Swing Manresa Centre de Ball i Voice Up English Musicl School els responsables de l'activitat i tot l'equip de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Té les següents **al·lèrgies**:

La seva reacció al·lèrgica és:

Cal procedir:

En cas de ferida lleu, autoritzo als professors subministrar *(ratllar en cas contrari)*

Medicament	Nom del medicament
Betadine	Iode

En cas de febre alta, autoritzo als professors subministrar *(ratllar en cas contrari)*

Medicament	Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat del menor	Pes del menor
Dalsy	Ibuprofè			
Apiretal	Paracetamol			

Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades personals incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb **Voice Up English Music School** seran incorporades en un fitxer propietat de **Voice Up**, amb la finalitat de garantir el benestar dels menors en les activitats de l'entitat i complir amb el seu objecte social. En tot cas, podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació o cancel·lació a la mateixa escola de ball i música, C/Sol,5 08241 Manresa. Assabentat i conforme amb l'exposat en els apartats anteriors, vostè consent i autoritza expressament a **Voice Up English Music School** per tractar les dades personals que voluntàriament facilita, segons les finalitats exposades en aquest escrit.

A, a dia..... de del 2019

Signatura del pare, mare o tutor/a:

.....