

**FITXA D'INSCRIPCIÓ – LUDOTECA CONCILIACIÓ –
ALBAL 2022**

GRUP INFANTIL (3 – 5 anys) GRUP PRIMÀRIA (6– 11 anys) GRUP JUVENIL (12 – 14 anys)

DADES DEL PARTICIPANT	Nom complet del participant							
	Edat		Data de naix.					
	Centre escolar				Curs		Grup	
	Domicili							
	Núm.		Escala		Porta			
	Codi Postal			Població				
	Telèfon del domicili							
	Nom complet de la mare / pare							
	Tel. de contacte (preferible mòbil)							
	Nom complet del pare / mare							
	Tel. de contacte (preferible mòbil)							

FITXA MÈDICA	Núm. SIP						
	Té algun tipus d'al·lèrgia?						
	Segueix algun tractament mèdic?						
	Té algun tipus de Necessitat Educativa Especial?						
	Observacions (realitzeu observacions sobre este tema que es consideren oportunes)						
NOTA: Adjunteu qualsevol informe mèdic que es considere oportú.							

HORARIS I SERVEIS	X	NOTA: Marqueu amb una creu el que farà servir el vostre fill/a.	Preu (€)
		Matinera (8.00 a 9.00 h)	Gratuïta
		Ludoteca (9.00 a 14.00 h)	Gratuïta

INSCRIPCIONS I FORMA DE PAGAMENT	Lloc d'inscripció: Departament AMIC de l'Ajuntament d'Albal o a la Secretaria virtual de la web www.albal.es
	Termini d'inscripció: del 21 al 25 de febrer de dilluns a divendres de 9 a 14 h i dilluns i dijous de 16 a 18 h.
	<i>No s'admetran inscripcions després de la data de termini.</i>

AUTORITZACIÓ	Jo, Sr./Sra. _____ amb DNI _____ i jo, Sr. / Sra. _____ _____ amb DNI _____ _____ en qualitat de (pare, mare tutor/a) autoritze el meu fill/a a participar en la ludoteca de l'Ajuntament d'Albal 2022. (Dos progenitors/es) De la mateixa manera autoritze a: <i>(marqueu les que corresponguen)</i>		
	AUTORITZACIÓ MÈDICA <input type="checkbox"/> Autoritze les decisions i accions mèdiques necessàries, en cas d'urgència, sota la direcció facultativa pertinent.		
	AUTORITZACIÓ DRET D'IMATGE <input type="checkbox"/> Autoritze l'Ajuntament d'Albal a realitzar fotografies del meu fill/a i al seu posterior ús.		
	AUTORITZACIÓ EIXIDES DEL RECINTE I EXCURSIONS <input type="checkbox"/> Autoritze el meu fill/a a fer les eixides del centre programades i també les excursions segons programació.		
	AUTORITZACIÓ INFORMACIÓ VIA WHATSAPP / TELEGRAM <input type="checkbox"/> Autoritze a utilitzar el meu telèfon mòbil per rebre informació via whatsapp/ telegram per a qüestions referents a ludoteca. -----		
	AUTORITZACIÓ PROTECCIÓ DE DADES La persona sol·licitant consent expressament que les seues dades personals s'incorporen als fitxers de l'Ajuntament d'Albal.		
Data:			DNI i signatura:

AUTORITZACIONS DE RECOLLIDA	NOTA: ATENCIÓ , només les persones indicades podran recollir als participants, imprescindible identificació amb el DNI, inclosos pares/mares/tutors/tutores.		
	Nom complet		DNI
	Nom complet		DNI
	Nom complet		DNI
	Nom complet		DNI
	Nom complet		DNI
	<input type="checkbox"/> El meu fill/a tornarà sol a casa. (marqueu amb una X)		
DNI i signatura:			

INFORMACIÓ I DOCUMENTACIÓ A ADJUNTAR	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocòpia SIP. • Fotocòpia del DNI del pare/mare/tutor/a. • Documents acreditatius d'estar treballant. • Adjunteu document de Necessitat Educativa Especial <i>(si cal)</i>.
---	---