

Nom i cognoms nen/a						
DNI nen/a (si en té)				Data naixement		
Targeta sanitària						
Nom i cognoms pare/mare o tutor/a						
DNI pare/mare o tutor/a				Correu electrònic		
Domicili						
Localitat				Codi postal		
Telf.1			Telf.2			Sap nadar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Una mica
Al·lèrgies?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Quines?			
S'ha de medicar en horari de casal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

Si No Té carnet d'entrada a les piscines IEM Can Llobet

Setmana	Acollida 8:00 a 9:00	Preu acollida matinal	Casal 9:00 a 13:00	Preu casal	Acollida 13:00 a 14:00	Preu acollida migdia
23/06	<input type="checkbox"/>	0€	<input type="checkbox"/>	0€	<input type="checkbox"/>	0€
Del 27/06 al 01/07	<input type="checkbox"/>	20€/setmana	<input type="checkbox"/>	60€/setmana	<input type="checkbox"/>	20€/setmana
Del 05/07 al 08/07	<input type="checkbox"/>	20€/setmana	<input type="checkbox"/>	60€/setmana	<input type="checkbox"/>	20€/setmana
Del 11/07 al 15/07	<input type="checkbox"/>	20€/setmana	<input type="checkbox"/>	60€/setmana	<input type="checkbox"/>	20€/setmana
Del 18/07 al 22/07	<input type="checkbox"/>	20€/setmana	<input type="checkbox"/>	60€/setmana	<input type="checkbox"/>	20€/setmana
Del 25/07 al 29/07	<input type="checkbox"/>	20€/setmana	<input type="checkbox"/>	60€/setmana	<input type="checkbox"/>	20€/setmana

Marcar amb una X les setmanes que vindrà

- 10% Dte. no acumulable per germans/es.
- Preu hora esporàdica de l'acollida matinal: 4€/hora (caldrà avisar amb antelació a l'oficina via e-mail secretaria@uabarbera.com)
- Preu hora esporàdica de l'acollida migdia: 5€/hora (caldrà avisar amb antelació a l'oficina via e-mail secretaria@uabarbera.com)

El pagament s'ha de realitzar mitjançant transferència al compte bancari de la Unió Atlètica Barberà:
ES67 0081 1593 4200 0106 5415 indicant en el concepte: **CASAL22 + NOM I COGNOM NEN/A**

Documentació a entregar a l'oficina en format imprès en paper:

- Fotocopia DNI nen/a (si en té)
- Fotografia carnet nen/a
- Fotocopia DNI del pare/mare o tutor/a
- Fotocopia targeta sanitària del nen/a
- Fotocopia llibre de vacunes

- Informe de la presa de medicaments en horari de casal (si fos necessari)
- Informe mèdic d'al·lèrgies (si fos necessari)
- Comprovant bancari de la transferència

UNIÓ ATLÈTICA BARBERÀ es el responsable del tractament de les seves dades personals i li informa que seran tractats de conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril (GDPR) i la Llei Orgànica 3/2018 de 5 de desembre (LOPDGDD) amb el consentiment del representant legal de l'interessat sent la finalitat del tractament la realització d' activitats d'oci i formació. Les seves dades se conservaran durant no més temps del necessari per mantenir el bon del tractament i no se comunicaran a tercers sense el seu consentiment.

Drets que li assisteixen: Dret a retirar aquest consentiment en qualsevol moment. Dret d'accés, rectificació, portabilitat i supressió de les dades i de limitació u oposició al tractament. Dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat de control (www.aepd.es) si considera que el tractament no s'ajusta a la normativa vigent.

Podrà exercir els drets a: Doctor Moragas, 268 08210 Barberà del Vallès (Barcelona). E-mail: secretaria@uabarbera.com.

Autoritzo als següents tractaments:

- Si No Rebre informació sobre les activitats de l'U.A.Barberà.
- Si No Gravació d'imatges i vídeos de les activitats para ser penjades en els murals interns del centre, així com la publicació en anuaris, calendaris i altres mitjans de comunicació de la U.A.Barberà incloses les xarxes socials del mateix.

Jo, com a mare / pare o tutor/tutora, amb NIF / NIE / Passaport i domicili a
....., CP, Població, dono el meu consentiment al tractament de les dades en els termes exposats.

Barberà del Vallès, en data

Signatura:

AUTORITZACIÓ SORTIDES I RECOLLIDA DELS INFANTS

Jo, com a mare / pare o tutor/tutora del
nen/nena..... i amb NIF / NIE / Passaport
amb domicili a
CP, Població, dono el meu consentiment a:

- Si No Participar a les activitats de l' U.A.Barberà.
- Si No Sortir del recinte per les activitats organitzades amb la supervisió dels responsables del casal.
- Si No En cas de necessitat acudir a un centre mèdic acompanyat pels monitors/es del casal.
- Si No Sortir sol/a al nen/a de les instal·lacions on es realitza el casal a la 13h o a les 14h.

Autorització recollida

Autoritzo a recollir del casal al meu fill/filla a, si s'escau afegir relació parental que existeix amb aquesta persona (avi/a, tiet/a...):

Nom i cognoms:

DNI:

Nom i cognoms:

DNI:

Nom i cognoms:

DNI:

Nom i cognoms:

DNI:

Barberà del Vallès, en data.....

Signatura: