

# Allargament 2022

## De l'1 al 15 de juliol

### EBM Icària



#### INFORMACIÓ DEL SERVEI

Podeu omplir el formulari online a la nostra web [www.engresca.com](http://www.engresca.com) o complimentar aquesta butlleta i enviar-la al correu electrònic [aeengresca@gmail.com](mailto:aeengresca@gmail.com).

En cas de fer ús dels dos torns el preu total del servei és de 82,50€

#### DOCUMENTACIÓ A ADJUNTAR

- Butlleta d'inscripció complimentada i signada.
- Fotocòpia del NIF o NIE de la persona signant de l'autorització.
- Fotocòpia de la targeta sanitària o mútua de l'infant.
- Fotocòpia de la cartilla de vacunacions de l'infant.
- Comprovant de la transferència.

#### MÈTODE DE PAGAMENT

Heu de fer transferència al compte corrent:  
Caixabank ES46 2100 0584 0202 0025 7215  
Concepte: **A02 / Nom i cognoms del participant**  
Beneficiari: Associació Educativa Engresca

# Butlleta d'inscripció

nº : \_\_\_\_\_

## DADES DE L'INFANT:

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Nom de la classe: \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Població i CP: \_\_\_\_\_

## DADES DEL PARE/MARE O TUTOR LEGAL:

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

NIF o NIE: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Població i CP: \_\_\_\_\_

Telèfons de contacte: \_\_\_\_\_

Correu electrònic: \_\_\_\_\_

## DADES MÈDIQUES I D'INTERÈS DE L'INFANT:

Indiqueu si pateix algun tipus d'alteració física o psíquica:

\_\_\_\_\_

Indiqueu si pateix alguna malaltia crònica:

\_\_\_\_\_

Indiqueu si pren algun medicament de forma periòdica:

\_\_\_\_\_

Indiqueu si pateix algun tipus d'allèrgia:

\_\_\_\_\_

Indiqueu qualsevol observació rellevant sobre l'alimentació:

\_\_\_\_\_

## PERSONES AUTORITZADES A RECOLLIR A L'INFANT:

Nom \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

## AUTORITZACIÓ SUMINISTRAMENT PARACETAMOL:

Jo com a pare / mare / tutor de l'infant, autoritzo a l'equip d'educadors de l'Associació Educativa Engresca a administrar al meu fill/a **paracetamol** en el cas de presentar febre igual o superior a 38° de temperatura corporal mentre s'espera a l'arribada d'algun familiar. En aquest cas la dosi a subministrar és de: \_\_\_\_\_.

Signatura: \_\_\_\_\_

# Marca la opció desitjada

DATES	DIES	PREU	15h a 17h
1/7 a 8/7	6	45,00 €	<input type="checkbox"/>
1/7 a 15/7	5	37,50 €	<input type="checkbox"/>

**AUTORITZO** a l'infant inscrit a realitzar l'allargament a l'EBM Icària, organitzat per l'AMPA de l'escola i l'Associació Educativa Engresca, i confirmo que aquest està en condicions de salut òptimes per a la realització de la citada activitat.

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

NIF o NIE: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_