

Allargament 2022

De l'1 al 15 de juliol

EBM Collserola



INFORMACIÓ DEL SERVEI

Podeu omplir el formulari online a la nostra web www.engresca.com o complimentar aquesta butlleta i enviar-la al correu electrònic 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: **A04 / 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 Collserola, 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: _____