FORMULARI D'INSCRIPCIÓ CASAL CUBELLES 2026

Cal emplenar aquest formulari amb ***lletra majúscula*** *i,* ***un cop fet el pagament, adjunteu el resguard del mateix***

FOTO PARTICIPANT

DADES DEL/LA PARTICIPANT

Nom | Cognoms

Data de naixament | Sexe | Home ☐ | Dona ☐

Col·legi | Curs Realitzat

DADES DE LA PERSONA PROGENITOR/A/TUTOR/A I CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA

Nom | Cognoms

DNI/NIE | Telèfon Fix | Mòbil

Adreça electrònica

Relació parental amb el/la participant | Pare ☐ | Mare ☐ | Tutor Legal ☐

Altres contactes

INFORMACIÓ PERSONAL DEL/LA PARTICIPANT

Es mareja amb facilitat: | Hemorràgies nasals:

Té dificultats al menjar:

Al·legies

Medicació

Sap nedar

DADES SEGURETAT

NÚM. DNI.: ALUMME | PROGENITOR

VACUNES — TE TOTES LES VACUNES OBLIGATORIES A LA SEVA EDAT

SI ☐ **NO** ☐

NÚM . TARJGETA SANITARIA ALUMNE

ALTRES DADES D'INTERÈS

SETMANES CASAL

22/6-26/6 **4 dias**	29/06-03/07	06/07-10/07	13/07-17/07
20/07-24/07	28/07-01/08		

PREU ESPECIAL DEL 22/6 AL 26/7 60€

PREVISIÓ CASAL

AMPLIACIÓ DEL CASAL SI HI HA UN GRUP MÍNIM DE 30 ALUMNES PER SETMANA

03/08/-07/08

AUTORITZACIÓ

AUTORITZACIÓ SORTIDA A PLATJA:	SI ☐	NO ☐
AUTORITZACIÓ AL ÚS DE PISCINA	SI ☐	NO ☐
AUTORITZACIÓ DE TRANSPORT EN BUS	SI ☐	NO ☐
AUTORITZACIÓ TRANSPORT PRIVAT	SI ☐	NO ☐

		TOTAL SETMANES
TOTAL DIES ACOLLIDA MATINAL (08:00 A 9:00H)		
TOTAL DIES CARMANYOLA		
TOTAL DIES CATERING		
TOTAL DIES PERMANENCIA TARDA (15:30 A 16:30h)		
TOTAL SETMANES SLEEP-OVER		

RESERVES DE LES EXCURSIONS Y SLEEP OVER	SI	NO
1 SLEEP OVER DEL 2 AL 3 DE JULIOL		40 €
2 SORTIDA AL AQUALEON 10 JULIOL		35 €
3. SLEEP OVER DEL 16 AL 17 DE JULIOL		40 €
4. CALAFELL AVENTURA PARK 24 JULIOL		30 €

DECLARO I AUTORITZO

DECLARO:

1. Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/ada a comunicar a la entitat CAMBRIDGE SCHOOL qualsevol variació que pògués produir-se d'ara endavant.

2. Que estic al corrent i accepto les condicions de l'empresa CAMBRIDGE SCHOOL

AUTORITZO:

1. **AUTORITZO** al meu/meva fill/a o tutelat/ada a assistir a l'activitat sol·licitada d'acord amb les condiciones establertes.

2. Que el personal responsable traslladi el/la meu/meva fill/a en el vehicle privat destinat a l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat pertinents

AUTORITZO ☐ **NO AUTORITZO** ☐

3. Que el personal responsable de l'activitat administri la medicació que s'especifica en aquest document i/o la medicació que s'indiqui en un document per escrit en el moment que comenci el

AUTORITZO ☐ **NO AUTORITZO** ☐

4. Donat que el dret de la pròpia imatge està recunegut a l'article 18,1 de la Constitució i regulat per la LLEI 5/1982, de 5 de MAIG sobre el DRET A L'HONOR, A LA INTIMITAT PERSONAL I FAMILIAR I A

AUTORITZO ☐ **NO AUTORITZO** ☐ a la empresa organitzadora a fer fotografies i filmacions durant el desemvolupament del casal, per fer-ne ús en el marc de les actuacions del mateix, com la seva difusió, transformació i reproducció.

5. En el compliment de l'article 5 de la LLEI ORGÀNICA 15/1999, de 13 de Desembre, DE PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL AUTORITZO que les dades consignades en el present formulari s'incorporin al fitxer "BASE DE DADES" amb la finalitat de fer una correcta Gestió per dur a terme l'activitat.

6. Persones autoritzades per recollir al alumne:

1. Nom i cognoms:	D.N.I.:	Relació:
2. Nom i cognoms:	D.N.I.:	Relació:
3. Nom i cognoms:	D.N.I.:	Relació:
4. Nom i cognoms:	D.N.I.:	Relació:

INGRÉS BANCARI O TRANSFERÈNCIA AL Nº DE COMPTE:
ES90 0182 4259 0102 0163 3737
Patricia Murillo Jiménez BBVA /
Amb el nom del/la participant, i setmana del casal

EFECTIU
ENTRADA CASAL

En/na

amb DNI/NIE

Signatura

Cubelles a _____ 2026