



ESCUELA SKATEBOARD
EL MASNOU · (BCN)

HOJA DE INSCRIPCIÓN

POR FAVOR RELLENEN Y ENVÍEN ESTE DOCUMENTO POR MAIL O ENTREGARLO EN C/CAMIL FABRA 3, EL MASNOU

SEMANAS ELEGIDAS:

- 1a SEMANA 4-8 JULIO
 2a SEMANA 11-15 JULIO

OPCIONES

- A: 09.00h a 14.00h (130€)
 B: 09.00h a 17.00h (190€)
 C: 09.00h a 14.00h (2 semanas 240€)
 D: 09.00h a 17.00h (2 semanas 370€)

BANCO SABADELL

nº cuenta: 0081 0067 04 0001271235

REFERENCIA: CARVINGS VERANO + NOMBRE
COMPLETO ALUMNO

NOMBRE PARTICIPANTE : _____

1ER APELLIDO : _____

2E APELLIDO : _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____

DIRECCIÓN : _____

CIUDAD : _____

C.P: _____

PROVINCIA : _____

PAÍS : _____

MAIL: _____

TELÉFONO CASA : _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

TALLA CAMISETA : _____

NOMBRE PADRE/MADRE/TUTOR : _____

1ER APELLIDO : _____

2E APELLIDO : _____

DNI : _____

MAIL: _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

AUTORIZACIONES :

Yo, _____ con D.N.I _____, como padre/madre/tutor del
menor de edad _____ AUTORIZO A

- Participar en la Escuela Carvings Verano (4-7-2016/ 15- 7-2016) incluyendo todas las actividades de la misma.

-A utilizar el servicio de transporte público bajo la tutela de los monitores

-A la utilización de las imágenes por parte de Carvings, en su página web, filmaciones destinadas a la difusión no comercial y en fotografías para revistas o publicaciones de ámbito educativo y/o deportivo.

- Autorizo a participar en las actividades programadas tanto en las pistas de skate que visitaremos y confirmo que está en condiciones de salud correctas para la realización de estas actividades.

En caso de accidente, autorizo que la organización pida asistencia médica de un profesional.

Firma

Dado que el derecho de la propia imagen está reconocido por el artículo 18 de la Constitución i regulado por la Lei 5/1982, del 5 de mayo, sobre el derecho del honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, la dirección de la Escuela Carvings (Asociación Carving's) pide el consentimiento de los padres o tutores legales para poder publicar fotografías donde aparezcan sus hijos o hijas donde estos o estas sean claramente identificables.



História médica y ficha sanitaria

Datos de identificación

Nombre i Apellidos: _____

Fecha de nacimiento/edat: _____

Domicilio: _____ C.P _____

Nombre de los padres: _____

Num tarjeta Seguridad Social o Mutua: _____

- Documento, signado por los padres o tutores, autorizando la actividad.

Salud

Sufre alguna enfermedad (alergia, asma, epilepsia, problemas quirúrgicos, etc)?

Estado actual: _____

Tiene problemas de vista o oído? Quales? _____

Tiene alguna disminución (física, psíquica, sensorial)? _____

Tiene algun problema de movilidad? _____

Tiene alguna dificultad motriz (pies planos, etc)? _____

Es hábil? Si No mucho És diabético? Si No

Se fatiga facilmentet? Si No

Se mareia con facilidad? Si No

Se pone malo con frecuencia? De que? _____

Toma alguna medicina especial? Qual y administración (dias, horarios, numero de tomas...)

Sigue algun régimen especial? _____

Firma