

# CASAL SETMANA SANTA 2016

## Vallcarca Nord

Av. Vallcarca 220 - 227, 08023. Barcelona

### FULL D'INSCRIPCIÓ

#### DADES PERSONALS

Nom \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_  
Cognoms \_\_\_\_\_  
Data de naixement \_\_\_\_\_ Curs \_\_\_\_\_  
Nom pare \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_  
Nom mare \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_  
Altres familiars \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_  
Adreça \_\_\_\_\_ Codi postal \_\_\_\_\_  
Població \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

#### QÜESTIONARI MÈDIC

Catsalut Núm. TSI (Targeta sanitat pública) \_\_\_\_\_ Altres \_\_\_\_\_  
Pateix freqüentment alguna malaltia? (diarrea, febre, mal de cap, angines, etc.) \_\_\_\_\_  
Té alguna malaltia crònica? (al·lergia, asma, epilèpsia, problemes cardíacs, diabetis, etc.) \_\_\_\_\_  
Pren algun medicament normalment? \_\_\_\_\_ Quin? \_\_\_\_\_  
Té algun tripus de discapacitat física o psíquica? \_\_\_\_\_  
Segueix alguna dieta especial? \_\_\_\_\_  
Observacions: \_\_\_\_\_  
En cas d'urgència, avisar al telèfon: \_\_\_\_\_ Sr/Sra: \_\_\_\_\_

#### DADES ACTIVITAT

Opció Escollida	Dies	Preu

En el cas que l'opció escollida sigui "Dia o dies puntuals", indicar el/s dies \_\_\_\_\_

Adjuntar fotocòpia catsalut i comprovant de pagament

**LOPD** - Les dades del present imprès seran tractades en un fitxer titularitat de la Fundació del Bàsquet Català sent la seva finalitat la formalització de la inscripció al Casal i l'enviament d'informació relacionada quedant tots els afectats sotmesos a la normativa esportiva. La Fundació del Bàsquet Català podrà difondre a través de diferents mitjans de comunicació pública imatges de les activitats que realitzen els nois/es als casals, partits, fotos de grup/equip i actes de la FBC, amb la finalitat de promocionar el casal i les seves activitats, sense que aquestes accions impliquin un dret de remuneració. El signatari o el seu representant legal (en cas de ser menor d'edat) manifesta la seva conformitat amb la present clàusula legal i autoritza a la Fundació del Bàsquet Català per poder tractar o cedir les seves imatges d'acord amb les finalitats indicades.

Nom pare, mare o tutor \_\_\_\_\_ Signatura \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ Data autorització \_\_\_\_\_