

CLUB D'ESCACS CASTELLBISBAL

FITXA D'INSCRIPCIÓ

Quota mensual de 20€ amb una matrícula inicial de 10€



El curs comença el mes d'Octubre i finalitza al Juny

FITXA PERSONAL	
Nom i cognoms pare/mare o tutor legal _____	
Data de naixement _____	Lloc de naixement _____
DNI _____ Adreça: _____ C.P. _____	
Població _____	
Telèfon _____	Altre telèfon de contacte _____
Nom de l'alumne _____ amb DNI _____	
Correu electrònic del pare de l'alumne _____	
Correu electrònic de la mare de l'alumne _____	
Certificat de discapacitat? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Disposeu de tarja rosa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

CLUB D'ESCACCS CASTELLBISBAL

Diagnòstic de la discapacitat:

Malalties més freqüents:

- Crisis epilèptiques o absències: SI NO
- Pateixes alguna malaltia? SI NO Quina?

-
- Pateixes alguna al·lèrgia? SI NO Quina?
-

Hi ha alguna cosa important què haguem de saber?

D'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de dades de Caràcter Personal, l'informem que les dades personals que vostè faciliti seran incorporades als nostres fitxers. Si ho desitja pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició previstos per la llei, dirigint un escrit a al Club.

Les dades que he facilitat són certes i perquè així consti signo el següent document:

Castellbisbal, ____ de _____ de _____.

CLUB D'ESCACS CASTELLBISBAL



FITXA D'AUTORITZACIÓ

En/Na amb DNI.....

com a mare/pare/tutor de

faig extensiva aquesta autorització del Club d'Escacs Castellbisbal

- Per que el meu fill/a participi de l'activitat que organitza el Club en les condicions establertes per ell mateix.
- Per les sortides que es realitzin fora de les instal·lacions habituals de l'activitat.
- Pels desplaçaments en vehicle privat o públic en determinats moments puntuals de l'activitat.
- Per que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats organitzades pel Club o publicacions del Club (segons la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i la llei 34/2002 i la Directiva 95/46/CE i 2000/31/CE).
- Per prendre totes les decisions mèdico-quirúrgiques que calguin en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa mèdica pertinent, i pel desplaçament no urgent ni especialitzat, en cas de necessitar atenció mèdica.
- Per administrar al meu fill/a els medicaments prescrits pel seu metge i anotats en el full sanitari, durant les activitats o sortides del Club.
- Prego que a partir de la data indicada siguin atesos a càrrec al meu compte els rebuts mensuals presentats per sota concepte d'Activitats Extraescolars.

Codi País	IBAN	Entitat	Oficina	Dígit de control	Número de compte															

-En cada rebut retornat, hi haurà una penalització de 5€.
-A partir de 2 rebuts impagats, l'alumne serà donat de baixa automàticament de l'activitat.
-Les altes i baixes s'hauran de notificar abans del dia 20 del mes anterior. Les modificacions fora de termini implicaran el pagament íntegre de la quota.

El Club d'Escacs Castellbisbal es reserva el dret d'anul·lar i/o modificar la proposta d'activitats en funció de la baixa inscripció o altres motius que es considerin.

Autoritza;

Castellbisbal, ____ de _____ de _____