



**Documentació necessària:**

DNI INFANT (o equivalent)

TARJETA SEG. SOCIAL INFANT

CARTILLA VACUNACIÓ INFANT

**Com ens has conegut?** (marca l'opció corresponent)

Facebook / instagram / web / antic usuari / boca a boca / publicitat paper / al mateix centre / altres \_\_\_\_\_

**Dades personals** (tots els camps són obligatoris)

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_ Edat: \_\_\_\_\_ Curs: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Codi Postal: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_

El nen/a sap nedar? \_\_\_\_\_ Realitza curssets de natació al CEM Besòs? \_\_\_\_\_

Nom persona responsable: \_\_\_\_\_ Parentiu: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

Nom persona responsable: \_\_\_\_\_ Parentiu: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telf: \_\_\_\_\_

Altres telèfons/persona de contacte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Jo, \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_ com a  
pare/mare/tutor legal de \_\_\_\_\_ autoritzo a l'inscrit a participar al  
Campus Esportiu segons les condicions i normativa establertes i, verifico que aquestes dades són certes. Faig  
extensiva aquesta autorització per a les decisions medicoquirúrgiques que, sota la pertinent direcció facultativa,  
calguin prendre en cas d'urgència.

Sant Adrià de Besòs, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\*Signatura persona responsable



### Autorització per a les recollida/sortida diària

✓ El nen SI marxarà sol:

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a persona responsable de \_\_\_\_\_, autoritzo per a que el nen pugui marxar sol a casa, sota la meva responsabilitat, un cop finalitzada la jornada al campus.

\*Signatura persona responsable

✓ El nen NO marxarà sol:

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a persona responsable de \_\_\_\_\_, autoritzo per a que, en el cas que jo no pugui recollir el nen, ho puguin fer les següents persones que són de la meva confiança:

NOM I COGNOMS	PARENTIU	DNI	TELÈFON CONTACTE

\*Signatura persona responsable



Data de naixement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- ✓ Pateix o ha patit alguna malaltia/discapacitat psíquica o física important que consideri que l'equip de tècnics hauria de conèixer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ✓ El nen/a té alguna al·lèrgia o intolerància a: (marcar la rodona)

No

Si

Quina? \_\_\_\_\_

- ✓ Pateix sovint algun tipus d'afecció i/o malaltia:

No

Si

Quina? \_\_\_\_\_

Verifico que les dades omplertes son correctes i actualitzades a dia d'avui:

Sant Adrià de Besòs, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\*Signatura persona responsable

\_\_\_\_\_