



**CAMPUS OLÍMPIA 2018**

**FULL D'INSCRIPCIÓ (ESCRIVIU AMB LLETRA D'IMPRESA)**

Nom..... Cognoms .....

Adreça ..... Telèfon .....

Població ..... Codi Postal ..... Districte Municipal .....

Data de naixement ..... Nom del pare/mare (tutor/a) .....

Correu electrònic .....

És abonat/da o usuari/usuària habitual de la instal·lació durant la resta de l'any? Sí  No

Lloc de realització (Instal·lació Esportiva Municipal) .....

Campus (activitat) .....

Precampus  Poliesportiu  Específic de .....  Jove  de Natura

**Torns** (indiqueu el número de torn al qual us inscriviu)

Núm. torn ..... Dates ..... Preu .....

Núm. torn ..... Dates ..... Preu .....

Núm. torn ..... Dates ..... Preu .....

Núm. torn ..... Dates ..... Preu .....

Núm. torn ..... Dates ..... Preu .....

TOTAL .....

Segell de l'entitat organitzadora

Vist-i-plau (\*)  
Pare/mare/tutor/a

CIF .....

Adreça fiscal .....

Qui signa autoritza l'infant inscrit a participar en totes les sortides i desplaçaments fora de la instal·lació previstos en les activitats d'aquests campus.

(\* **Important.** Mireu al dors els drets i obligacions dels participants als Campus Olímpia 2018 que inclou les condicions d'inscripció que la persona interessada accepta en pagar aquesta quota d'activitat.

**Qüestionari mèdic:**

Té el carnet de vacunacions al dia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Pateix alguna malaltia crònica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Quina? .....
Té algun tipus de discapacitat?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Quina? .....
Segueix algun tractament específic?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Quin? .....
Té alguna al·lèrgia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	A què? (especificar) .....
Practica algun esport regularment?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Quin?..... Hores/setmana .....
D'altres observacions d'interès .....			
Seguretat Social <input type="checkbox"/>	Assegurança mèdica <input type="checkbox"/>	Mutualitat esportiva <input type="checkbox"/>	Altres <input type="checkbox"/> Cap <input type="checkbox"/>

**Número de la Targeta Sanitària de l'infant** .....

**En cas d'urgència**, cal avisar a ..... Telèfon .....

Les dades personals que faciliteu seran incorporades i tractades en el fitxer de titularitat municipal anomenat " usuaris de serveis esportius" per al seu tractament i comunicació de les activitats esportives municipals. En cas que no vulgueu que s'utilitzin per aquestes finalitats, marqueu amb una creu la casella .

Tanmateix, per exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició us podeu dirigir a l'Institut Barcelona Esports, Avinguda de l'Estadi núm. 40. de Barcelona.

Si no doneu consentiment a la captació i ús de la imatge per difondre públicament l'activitat, marqueu amb una creu la casella