



## INSCRIPCIÓ ACTIVITATS EXTRAESCOLARS CURS 2015-16

### **Dades del alumne/a:**

Nom i Cognoms: \_\_\_\_\_

Curs (del període 2015-16) \_\_\_\_\_

**Activitats a les que es vol inscriure:** (marcar amb una x) :

DANSA	dimecres <input type="checkbox"/>	divendres <input type="checkbox"/>			
ESPORT*	dimecres (1r 2n) <input type="checkbox"/>	dimarts i dijous (3r 4t) <input type="checkbox"/>	dimarts i dijous (5è 6è) <input type="checkbox"/>		
ESPORT*	divendres (P4 P5) <input type="checkbox"/>				
EXPRESSIONI CORPORAL	dilluns <input type="checkbox"/>	dijous <input type="checkbox"/>			
PATINATGE	dimecres (3r-6è) <input type="checkbox"/>	divendres(P4-2n) <input type="checkbox"/>			
PLAYING ENGLISH	dijous <input type="checkbox"/>				
TEATRE MUSICAL	dimarts <input type="checkbox"/>				
HOQUEI PATINS	dilluns <input type="checkbox"/>	dimarts <input type="checkbox"/>			
ACOLLIDA MATINAL	dilluns <input type="checkbox"/>	dimarts <input type="checkbox"/>	dimecres <input type="checkbox"/>	dijous <input type="checkbox"/>	divendres <input type="checkbox"/>

### **Autorització de tutor/a :**

En (indicar nom i cognoms del tutor/a) \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, AUTORIZO al meu fill/a (indicar nom i cognoms del nen) \_\_\_\_\_ a assistir durant el curs 2015/2016 a les activitats extraescolars detallades, i em comprometo a realitzar els corresponents pagaments de quotes previstes, i respectar el Reglament de Règim Intern vigent per aquestes activitats.

### **Dades de contacte:**

Correu electrònic \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_

**Observacions:** \_\_\_\_\_

### **Dades Bancaries:**

**Titular:** \_\_\_\_\_

**IBAN**

E	S																																				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### **Recollida d'imatges**

La AMPA realitzarà al llarg de l'any diferents activitats de les quals voldrem fer difusió i lliurar als pares el resum de les actuacions, tallers, etc. que s'hagin portat a terme. Per tal de poder realitzar aquesta finalitat l'AMPA us sol·licita el consentiment per la recollida i tractament de les imatges dels vostres fills en les diferents activitats organitzades i la seva posterior utilització la imatge per a la difusió d'activitats de l'AMPA en diferents mitjans: memòria anual, DVD, àlbums de fotos, portal web, xarxes socials,...

També és possible que durant la presa d'imatges de les activitats es pugui captar de forma accessòria la vostra imatge o la de tercers que us acompanyin a l'acte, en cas que no hi desitgeu aparèixer us preguem que ho feu saber al personal encarregat d'organitzar l'activitat per tal que ho tingui en compte.

**Autoritzo**

SI  NO

El signant es responsabilitza de la veracitat de les dades i de comptar amb l'autorització dels tercers per al subministrament de les seves dades de contacte i/o bancàries.

En compliment de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal us informem que les vostres dades seran incorporades a un fitxer titularitat de l'AMPA amb la finalitat de gestionar la vostra participació a la AMPA i mantenir-vos informats de les nostres activitats. Podeu exercitar els Drets d'Accés, Rectificació, Cancel·lació i oposició enviant un correu electrònic a [extraescolars@ampacasassas.cat](mailto:extraescolars@ampacasassas.cat) o per correu postal remetent l'escrit a adreçat a l'AMPA Carrer de Llobet, 77, 08202 Sabadell, Barcelona

Fimra pare / mare o tutor

Inscripció número: (omplir per AMPA) \_\_\_\_\_

Sabadell a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015



**\* Es imprescindible que tots els nens que s'inscriguin a Esport omplint les**

**següents dades:**

Indiqueu amb una X si esteu interessats o no en portar el vostre fill/a els dissabtes que hi hagi activitat esportiva segons Calendari del Consell Esportiu :

SI  NO

Si heu marcat que sí, heu d'omplir també les següents dades que ens demanen al Consell Esportiu per fer les fitxes dels participants:

Nom i Cognoms del nen/a \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ correu electrònic \_\_\_\_\_ numero de la targeta sanitària ( 14

dígits) \_\_\_\_\_

Adjuntar una foto mida carnet amb el nom escrit a darrera

Fimra pare / mare o tutor

Sabadell a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015