



AJUNTAMENT
DE
RIBERA D'URGELLET
Tel .973 38 70 45

CASAL D'ESTIU DE RIBERA D'URGELLET ANY 2025

FULL D'INSCRIPCIÓ

DADES DEL NEN

Nom i Cognoms:Edat:.....

Adreça:.....Població:.....

Telèfon:.....Correu Electrònic:.....

DADES DEL PARE/MARE O TUTOR/A

Nom i Cognoms:.....DNI:.....

PERÍODE D'ASSISTÈNCIA AL CASAL I PREU (podeu elegir setmana, quinzena (dues setmanes seguides) o mes (quatre setmanes seguides):

MESOS DE JULIOL I AGOST

1 ^a setmana- del 30 de juny al 4 de juliol	45,00	
2 ^a setmana- del 7 de juliol a l'11 de juliol	45,00	
3 ^a setmana- del 14 de juliol al 18 de juliol	45,00	
4 ^a setmana- del 21 de juliol al 25 de juliol	45,00	
5 setmana- del 28 de juliol a l'1 d'agost	45,00	
6 ^a setmana - del 4 d'agost al 8 d'agost	45,00	
7 ^a setmana – de l'11 d'agost al 14 d'agost	45,00	
8 ^a setmana - del 18 d'agost al 22 d'agost	45,00	
9 ^a setmana - del 25 d'agost al 29 d'agost	45,00	
Quinzena (dues setmanes seguides)	65,00	
Abonament mensual (4 setmanes seguides)	110,00	

LA QUOTA SERÀ DE:

- 110,-€/mes
- 65,-€/quinzena
- 45,-€/ setmana

TOTAL A INGRESSAR: , -€

Podeu fer l'ingrés a: **CAIXABANK ES94 2100 3603 7825 0001 7170**
Ibercajabanco ES74 2085 9488 7303 3023 5162

Les baixes del Casal es reemborsaran si s'han comunicat a l'Ajuntament amb un mínim de 7 dies d'antelació, omplint la sol·licitud pertinent.

AUTORITZACIONS (Encerclau SI o NO)

SI / NO Autoritzo el/la meu/va fill/a a participar en totes les activitats i sortides que es realitzin al CASAL de Ribera d'Urgellet 2025

SI / NO Autoritzo els/les monitors/es del casal a poder fer fotografies on aparegui la imatge del meu fill/a i que les pengin a la pàgina web creada pels monitors exclusivament pel casal o que les utilitzin per fer un powerpoint en el sopar cloenda.

SI / NO Autoritzo als equips mèdics a prendre les decisions medicoquirúrgiques que sigui necessari adoptar, en cas d'urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

SI / NO Autoritzo al meu fill/a a banyar-se en piscines públiques i/o privades.

FITXA SANITÀRIA (Indiqueu SI o NO i en cas afirmatiu quina/motiu)

	SI/NO	QUINA / MOTIU
L'inscrit/a pateix alguna malaltia crònica		
L'inscrit/a pateix alguna al·lèrgia o intolerància alimentària		
L'inscrit/a presenta alguna disminució o deficiència		
Sap nedar		
OBSERVACIONS a tenir en compte per part dels monitors:		

El Pla de Sant Tirs, de del 2025.

Signatura
(Pare/mare/tutor/a)

D'acord amb el que estableix la normativa de protecció de dades personals, l'informem que les seves dades seran incorporades a un tractament responsabilitat de l'Ajuntament de Ribera d'Urgellet per a gestió del servei, podeu ampliar aquesta informació consultant la nostra política de privacitat a <http://riberaurgellet.ddl.net/avislegal.php>.

Així mateix s'informa de la possibilitat d'exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i la resta dels seus drets mitjançant la remissió d'un escrit dirigit al Responsable del Tractament a la següent adreça: Ajuntament de Ribera d'Urgellet, Carretera de Lleida S/N 25796 El Pla de Sant Tirs (Lleida) o a la seu electrònica de l'Ajuntament (<https://www.seu-e.cat/web/riberadurgellet>)