



FULL D'INSCRIPCIÓ

DADES DEL JUGADOR/A

- Nom i cognoms: _____
- Data Naixement: _____
- Adreça i població: _____
- Telèfons: _____
- Email: _____
- Jugo a bàsquet a (club): _____
- Talla de samarreta: 5-6 7-8 9-10 10-12 S M L XL XXL

PROGRAMACIÓ I PREUS:

| DE DILLUNS A DIVENDRES DE 9h a 14h | | | |
|------------------------------------|-------------|--------------------|-------------|
| Setmana A | | 2 AL 6 DE JULIOL | |
| Setmana B | | 9 AL 13 DE JULIOL | |
| Setmana C | | 16 AL 20 DE JULIOL | |
| Setmana D | | 23 AL 27 DE JULIOL | |
| PREUS | | | |
| 1 Setmana | 2 Setmanes | 3 Setmanes | Complet |
| 80€ | 145€ | 210€ | 290€ |

**10% de descompte cada germà/na*

*En cas d'anul·lació el casal i/o algun dels serveis, es comunicarà per escrit als infants inscrits i es farà el retorn el 100% de la inscripció, mitjançant transferència bancària. En cas de baixa d'algun dels participants NO es retornarà la quota, excepte si és una causa mèdica que incapacita el jugador/a. En aquest cas es farà el retorn del 90% de la quota en el moment que es presenti l'informe mèdic justificatiu.

MÈTODE DE PAGAMENT:

- Ingrés o transferència del 50% en fer la inscripció i el 50% restant abans del 23 de juny del 2018**
- Únic mètode!** Transferència o ingrés a: **ES 32 0081 0073 1000 0144 0045** (Banc Sabadell)
- Especificar "Campus" al concepte seguit del nom del nen/a

PER FORMALITZAR LA INSCRIPCIÓ:

- Presencial:** amb el full d'inscripció i la fotocòpia del resguard de pagament de dilluns a divendres de 17'30h a 20h a les oficines del BSGR. Podeu concertar cita per fer l'entrega al 672191547
- Online:** enviant els fulls d'inscripció, dades i autoritzacions, i el resguard de pagament a coordinacio@bsgr.org

INSCRIPCIÓ

Setmana A Setmana B
Setmana C Setmana D Complet

- Pare / Mare / Tutor-a: _____
- DNI: _____

Signatura:



FULL D'INSCRIPCIÓ AL SERVEI D'ACOLLIDA MATINAL

El servei d'Accollida matinal s'ofereix a les instal·lacions del Col·legi Sant Gabriel de 8h a 9h del matí, moment en el que comença el Campus. Es faran activitats diverses, no sempre esportives, per tal d'iniciar amb diversió i energia el dia. **El servei té un preu de 3'5€ / dia.**

El servei d'Accollida matinal té dos mètodes d'inscripció i pagament:

- 1) **Per avançat** en el moment d'inscriure's al Campus: marqueu amb una creu els dies que necessiteu utilitzar el servei d'Accollida matinal, i haureu de fer el pagament de l'import total juntament amb la inscripció al Campus (Transferència o ingrés a: **ES 32 0081 0073 1000 0144 0045**)
- 2) **La setmana abans**: abans del divendres anterior, cal entregar aquest full d'inscripció marcant els dies que utilitzareu el servei, i fer el pagament en efectiu als directors del Campus.

| SETMANA A | | B | | C | | D | |
|-------------|--|--------|--|---------|--|---------|--|
| DILLUNS 2 | | DILL 9 | | DILL 16 | | DILL 23 | |
| DIMARTS 3 | | DIM 10 | | DIM 17 | | DIM 24 | |
| DIMECRES 4 | | DIC 11 | | DIC 18 | | DIC 25 | |
| DIJOUS 5 | | DIJ 12 | | DIJ 19 | | DIJ 26 | |
| DIVENDRES 6 | | DIV 13 | | DIV 20 | | DIV 27 | |

| | |
|---------------------|----------|
| IMPORT TOTAL | € |
|---------------------|----------|

JUGADOR /A

- Nom i cognoms: _____
- Pare / Mare / Tutor-a: _____
- DNI: _____
- Signatura: _____

DADES SANITÀRIES DEL JUGADOR/A (Nom): _____

- En els jocs o esports, es cansa aviat? Sí NO
- Pateix hemorràgies sovint? Sí NO
- És asmàtic/a? Sí NO
- En cas afirmatiu, fa servir inhalador? Sí NO
- Sap fer-ho sol/a? Sí NO
- Sap nedar? Sí NO
- Si necessita algun suport per nedar, quin? _____
- Segueix alguna dieta especial per intolerància a algun aliment? Sí NO
- En cas afirmatiu, especificar quina:

| |
|--|
| |
|--|

- Té totes les vacunes que li pertocuen per edat? Sí NO
- Té alguna al·lèrgia? Sí NO
- En cas afirmatiu, especificar quina i tractament en cas que sigui necessari:

| |
|--|
| |
|--|

- Pren alguna medicació? Sí NO
- Si cal que prengui algun medicament en horari del campus, **ÉS IMPRESCINDIBLE** adjuntar la recepta mèdica amb totes les indicacions necessàries per a la seva correcta administració.
- **Detalleu malalties o observacions mèdiques que cal tenir en compte:**

| |
|--|
| |
|--|



AUTORITZACIONS

En / Na _____ amb DNI _____

Pare / mare / tutor / tutora de _____

Autoritzo* a: _____ *Autorització imprescindible per la inscripció al Campus

Assistir a les activitats organitzades i gestionades pel Bàsquet Sant Gabriel Ripollet, pels seus responsables i pels monitors/es, tot autoritzant a les decisions mèdiques que calgués en cas d'accident o malaltia durant l'activitat, d'acord amb les dades mèdiques proporcionades a l'entitat organitzadora.

Autoritzo No autoritzo a:

Assistir a les activitats que es duguin a terme fora dels recintes d'entrenament (Col·legi Sant Gabriel i Pavelló Francesc Barneda) com són a la piscina, exteriors... així com a fer el trajecte a peu entre aquestes instal·lacions.

Autoritzo No autoritzo a:

Enregistrar la imatge del meu fill/a o tutorat durant la seva participació a les activitats organitzades per l'entitat, així com també a publicar les esmentades imatges, a través de qualsevol mitjà o xarxa social, sempre que la publicació tingui la finalitat de difondre les activitats de l'entitat.

Autoritzo No autoritzo a:

Marxar sol/a un cop finalitza el Campus cada dia.

En el cas que no marxi sol/a i no el vingui a buscar pare/mare/tutor-a, hi ha la possibilitat de que el vingui a buscar (nom): _____

Que és el seu/seva (parentiu o relació): _____

I el seu telèfon de contacte és : _____

Signatura de la mare/tutora o pare/tutor

Data: _____ de _____ del _____