



**AGRO
RURAL
SURF**

**FULLA D'INSCRIPCIÓ A LES ACTIVITATS
DE L'ESCOLA DE SURF EMPORDÀ**
SANTA ANNA SUP CLUB

Tots els camps són obligatoris. Empleneu els camps o marqueu-los amb una creueta.

TEMPORADA: 2020

DATA D'INSCRIPCIÓ:

DADES DE L'ACTIVITAT

MODALITAT

ARS CAMP CASAL ESTIU

ARS COLÒNIES ESTIU

SETMANES

SETMANA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

HORARI DE MATINS (9h a 13h)

HORARI DE TOT EL DIA (9h a 17h)

*L'horari per Setmana Santa és de 9:30 a 13:30 i de 9:30 a 17:00h

DADES DE L'ALUMNE/A

COGNOMS:

NOM:

ADREÇA:

POBLACIÓ:

CP:

DNI:

Nº TARGETA SANITÀRIA:

DATA DE NAIXEMENT:

EMAIL:

EDAT:

OBSERVACIONS (Neda des de fa poc, comportament especial, pors, horari diferent...):

TALLA DE SAMARRETA

5-6a

7-8a

9-11a

12-14a

S

M

L

DADES DEL PARE/MARE/TUTOR (MENORS)

DNI:

COGNOMS:

NOM:

EMAIL:

TELÈFON:

SEGON TELÈFON DE CONTACTE:

NOM:

ASPECTES A TENIR EN COMPTE:

- Aquesta fulla és per inscriu'es a una de les nostres activitats de ARS camp o colònies.
- Som conscients que el surf és considerat un esport de risc i per això el que s'inscriu a l'activitat té coneixements de natació i declara que no presenta cap tipus d'anomalia física, cardiològica ni respiratòria.
- Dono per entès que les activitats es duran a terme a dins de l'escola i als voltants d'aquesta, com la platja i el mar, inclús en els moments que s'hagi de realitzar en altres indrets com en el cas de les sortides en SUP o en les excursions dels Surf Camps.
- Conec i autoritzo totes les activitats realitzades durant l'ARS Camp relacionades amb la pràctica del Surf, el Paddle Surf i el Skateboarding, prenent totes les precaucions necessàries i seguint el model pedagògic de l'escola.
- Autoritzo els responsables de les activitats al transport del meu fill/a, tutelat/ada amb les furgonetes pròpies de l'escola per al desplaçament als espais de realització d'activitats en cas que sigui necessari.

Signatura de l'Alumne / Pare / Mare o Tutor

Segell o firma

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL. Les dades facilitades seran incorporades en un fitxer i tractades a fi de gestionar de forma adient la seva sol·licitud d'inscripció a les activitats organitzades des de la nostra Entitat, així com per poder-li enviar, per a qualsevol mitjà, informació sobre notícies, serveis i/o activitats futures del nostre club. Les dades són confidencials i d'ús exclusiu del Responsable del Fitxer, ESCOLA DE SURF EMPORDA, amb domicili a 17258 Estarit (Girona), C/ Salinas16 podent ser cedides a les entitats federatives i/o organismes responsables de la gestió de la llicència federativa i l'assegurança esportiva (en el cas que correspongui). Pot exercir el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició pel que fa a les seves dades en els termes establerts a la legislació vigent. Igualment, en atenció al previst a la Llei Orgànica 1/1982, de 5 de maig, li comuniquem que el AGRO RURAL SURF pot donar tractament a l'ús de la seva imatge, exclusivament per a la seva inclusió en tríptics informatius, a la pàgina web www.agroruralsurf.cat, fotografies i/o vídeos promocionals de l'Entitat, xarxes socials gestionades des del club i/o en qualsevol altre acció divulgativa que es pugui dur a terme. En el cas que no autoritzí el tractament de la seva imatge, haurà d'indicar-ho a la casella habilitada a la part inferior.

No autoritzo la captació i tractament de la meva imatge a AGRO RURAL SURF

FITXA DE SALUT PER A L'ARS COLÒNIES 2020

DADES DEL NEN/NENA

NOM:	COGNOMS:
DNI:	GRUP SANGUINI:
EDAT:	Nº DE TARGETA SANITÀRIA

DADES BÀSIQUES (SI/NO)

DIFICULTATS EN LA NATACIÓ:	PROBLEMES DE DESPLAÇAMENT::
MAREJOS FREQUENTS:	VERTIGEN:
PROBLEMES D'ENEURES:	ALTRES: QUÈ?

ALIMENTACIÓ

ÉS INTOLERANT O AL·LÈRGIC A CAP INGREDIENT?	SÍ	NO
QUINA?		
SEGUEIX ALGUNA DIETA ESPECIAL?	SÍ	NO
QUINA?		

MALALTIES

PATEIX ALGUNA MALALTIA CRÒNICA (FÍSICA O PSÍQUICA)?	SÍ	NO
QUINA?		
PATEIX ALGUNA MALALTIA AMB FREQUÈNCIA?	SÍ	NO
QUINA?		
PREN CAP MEDICAMENT?	SÍ	NO
QUIN?		
ESPECIFICAR DOSIS I ADMINISTRACIÓ:		
TÉ TOTES LES VACUNES OBLIGATÒRIES?	SÍ	NO

AL·LÈRGIES

PATEIX ALGUNA AL·LÈRGIA?	SÍ	NO	QUINA?
QUINA REACCIÓ TÉ?			
PROTOCOL D'ACTUACIÓ EN CAS D'AL·LÈRGIA:			

ALTRES OBSERVACIONS:

--

AUTORITZO als responsables de les activitats per a proporcionar al meu fill/a, tutelat/ada l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitat. Igualment, autoritzo a l'hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari pel seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas. Amb el ben entès que contactaran amb nosaltres a la major brevetat possible.

Signatura de l'Alumne / Pare / Mare o Tutor

el dia de/d' del 2020.