FORMULARI D’INSCRIPCIÓ. CASAL D’ESTIU 2025.

Nom i Cognom del pare/ mare / tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOM ALUMNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCOLA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CURS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA NAIX.\_\_\_\_\_\_ //\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicili\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localitat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.P:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Correu electrònic\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telèfons\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Formulari d’inscripció degudament complimentat i signat pel pare, mare o tutor legal del nen/a

1. Fotocòpia del carnet de monoparental vigent.
2. Fotocòpia del carnet de salut i vacunacions vigent, si el no el tenim.
3. Rebut bancari conforme s’ha fet la transferència.
4. Informe del nen/a amb necessitats educatives especials, si s’escau i/o al·lèrgies.

PERSONES AUTORITZADES A RECOLLIR L’INFANT DEL CASAL

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i DNI | Nom i DNI |
|  |  |
|  |  |

POT MARXAR SOL/A SI\_\_ NO\_\_

Autoritzo a que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats
organitzades pel grow i publicades en la página web, difusió comercial, i/o xarxes socials del grow.SI\_\_NO\_\_

MARQUEU AMB UNA X LA SETMANA D’ASSISTÈNCIA:

SETMANA 1: ACOLLIDA\_\_\_ MATI\_\_\_ CATÈRING\_\_\_DINAR DE CASA\_\_\_

SETMANA 2: ACOLLIDA\_\_\_ MATI\_\_\_ CATÈRING\_\_\_DINAR DE CASA\_\_\_

SETMANA 3: ACOLLIDA\_\_\_MATI\_\_\_ CATÈRING\_\_\_DINAR DE CASA\_\_\_

SETMANA 4: ACOLLIDA\_\_\_ MATI\_\_\_ CATÈRING\_\_\_DINAR DE CASA\_\_\_

SETMANA 5: ACOLLIDA\_\_\_ MATI\_\_\_ CATÈRING\_\_\_DINAR DE CASA\_\_\_

Les Franqueses del Vallès \_\_\_ de/d’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2025

Signatura

**Grow Aula D’Aprenentatge** RESPONSABLE: FLORI BAREA GIMENEZ

PASSEIG TIL.LERS 39, LES FRANQUESES DEL VALLÉS 08520

[WWW.GROWINGGRUP.COM](http://www.growinggrup.com/) TELF : 622 794 788 info@itogrow.com Les dades consignades en aquest document són necessàries per a la resolució i notificació de la seva sol·licitud, i resten incorporades als fitxers de l’Aula. Les dades de caràcter personal no poden ser cedides ni comunicades a tercers, llevat dels supòsits legals previstos, segons la llei de protecció de dades 15/1999.