



Ajuntament de Llança
www.llanca.cat

Av. Europa, 37
17490 Llança
Tel. 972 38 01 81
llanca@llanca.cat
www.llanca.cat

Inscripció Casal Esportiu

El sotassinant formula instància adreçada a l'Alcaldia Presidència, en els següents termes:

DADES INSCRIT/A

NOM I COGNOMS

DATA DE NAIXEMENT

CURS ACTUAL

☐ Empadronat/da al municipi

☐ Família nombrosa/monoparental

PARE, MARE O TUTOR/A

NOM I COGNOMS

DNI

DOMICILI

TEL.

LOCALITAT

CP

EMAIL

COMUNICACIÓ TELEMÀTICA (Obligatòria per persones jurídiques, professionals i comunitats de propietaris)

Vull rebre comunicacions per correu electrònic

☐ Sí

Indicar adreça de correu electrònic

☐ No

MATRÍCULA OBLIGATÒRIA + ASSEGURANÇA: 21,65 € / PERÍODE SOL·LICITAT (marcar el que calgui):

Poden inscriure's al Casal Esportiu els nens/es nascuts entre l'any 2017 i 2009

- ☐ Juliol (horari complert) 154 € (no empadronats 184,80 €)
☐ Agost (horari complert) 154 € (no empadronats 184,80 €)
☐ Juliol (mitja jornada): ☐ matí ☐ tarda 113 € (no empadronats 135,60 €)
☐ Agost (mitja jornada): ☐ matí ☐ tarda 113 € (no empadronats 135,60 €)
☐ 1a quinzena de juliol (1 al 15) 113 € (no empadronats 135,60 €)
☐ 2a quinzena de juliol (17 al 31) 113 € (no empadronats 135,60 €)
☐ 1a quinzena d'agost (1 al 14) 113 € (no empadronats 135,60 €)
☐ 2a quinzena d'agost (16 al 31) 113 € (no empadronats 135,60 €)

Menjador (marcar el que calgui):

- ☐ Alumnes fixes - Preu àpat per dia 5,40 €
☐ Alumnes esporàdics - Preu àpat per dia 5,90 €
☐ No es preveu fer ús d'aquest servei

S'entendrà com assistència fixa aquella que sigui com a mínim un 80% dels dies que hi hagi servei de menjador.

DOCUMENTACIÓ A ADJUNTAR:

☐ Annex 1

☐ Annex 2 (SEPA)

☐ Fotocòpia de la tarja sanitària

☐ Vacunes

En el cas de família nombrosa/monoparental cal adjuntar fotocòpia del carnet vigent // Document acreditatiu del compte corrent.

INSCRIPCIONS presencialment a l'Ajuntament o telemàticament a www.llanca.cat / Admissió per ordre de sol·licitud

Llança, _____ de _____ de 20 ____

Signatura (pare, mare o tutor/a)



Annex 1

Jo, (nom) _____ amb DNI _____ com a pare, mare o tutor/a legal del nen/a _____ signo en relació a les següents actuacions relatives al Casal d'Esportiu d'enguany.

1. AUTORITZACIÓ ACOMPANYANTS

Autoritzo a les següents persones a recollir el meu fill/a, en el cas de no venir jo personalment a buscar-lo, una vegada acabada l'activitat del Casal Esportiu en els horaris en els quals l'infant està matriculat.

1. Nom i cognoms _____ DNI _____
2. Nom i cognoms _____ DNI _____
3. Nom i cognoms _____ DNI _____

2. AUTORITZACIÓ SORTIR SOL

Autoritzo al meu fill/a, en el cas de no venir a buscar-lo personalment, a que surti sol/a una vegada acabada l'activitat del Casal Esportiu en els horaris en els quals l'infant està matriculat.

☐ Sí ☐ No

3. AUTORITZACIÓ SORTIDES PEL POBLE

Autoritzo al meu fill/a, a que participi a les sortides organitzades com a activitats del Casal Esportiu d'enguany i que es realitzaran pels entorns del poble de Llança.

☐ Sí ☐ No

4. AUTORITZACIÓ SORTIDES A LA PLATAJA / PISCINA

Autoritzo al meu fill/a, a que participi a les sortides i activitats organitzades pel Casal Esportiu d'enguany a la platja / piscina.

Platja: ☐ Sí ☐ No Piscina: ☐ Sí ☐ No

En cas afirmatiu, i per tal de tenir un millor control dels infants, voldríem saber si saben nedar o no.
En cas negatiu, és obligatori portar "manguitos" o altres sistemes homologats per tal de poder nedar.

☐ Sap nedar ☐ No sap nedar

5. AUTORITZACIÓ DRETS D'IMATGE

Autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies i filmacions corresponents a activitats organitzades pel Casal Esportiu.

☐ Sí ☐ No

6. AUTORITZACIÓ D'ATENCIÓ SANITÀRIA

Autoritzo que el meu fill/a pugui ser atès al CAP en cas de malaltia o accident, previ avís telefònic a la família, i les decisions mèdico - quirúrgiques que siguin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa.

☐ Sí ☐ No

Llança, _____ de _____ de 20 _____

Signatura (pare, mare o tutor/a)



Fitxa de salut

DADES INSCRIT/A

NOM I COGNOMS			
DNI		EDAT	

DADES MÈDIQUES

NÚMERO DE TARGETA SANITÀRIA		GRUP SANGUINI	
Es mareja amb facilitat? ☐ Sí ☐ No			

ALIMENTACIÓ

És al·lèrgic/a a algun aliment o ingredient?	☐ Sí	☐ No	Especificar quin/quins: _____
És intolerant a algun aliment o ingredient?	☐ Sí	☐ No	Especificar quin/quins: _____
Segueix algun dieta especial?	☐ Sí	☐ No	Especificar quina: _____

AL·LÈRGIES

Pateix alguna al·lèrgia? ☐ Sí ☐ No Especificar quina/quines: _____

Quina reacció pateix davant d'aquesta/es al·lèrgia/es? _____

Quin és el protocol d'actuació en cas d'al·lèrgia? _____

MALALTIES

Pateix alguna malaltia crònica?	☐ Sí	☐ No	Especificar quina/quines: _____
Pateix alguna malaltia amb freqüència?	☐ Sí	☐ No	Especificar quina/quines: _____
Pren alguna medicació?*	☐ Sí	☐ No	* Imprescindible adjuntar certificat mèdic i haver signat l'autorització de subministrament de medicaments.
Té totes les vacunes obligatòries?	☐ Sí	☐ No	

ALTRES OBSERVACIONS

Llança, _____ de _____ de 20 ____

Signatura (pare, mare o tutor/a)



Ajuntament de Llança
www.llanca.cat

Av. Europa, 37
17490 Llança
Tel. 972 38 01 81
llanca@llanca.cat
www.llanca.cat

Declaració responsable de la persona tutora en el cas d'infants sense carnet de vacunes

Jo, (nom i cognoms) _____ amb DNI _____
com a pare, mare o tutor/a legal del nen/a _____

em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències o incidències derivades de la seva presumible NO VACUNACIÓ, atès que no s'ha aportat el carnet de vacunes en la documentació per a la inscripció a l'activitat del Casal Esportiu de Llança 2024 i per tant, exonero la instal·lació, l'entitat organitzadora, el responsable de l'activitat i l'equip de monitors/es de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Llança, _____ de _____ de 20 ____

Signatura (pare, mare o tutor/a)



Annex 2. Ordre de domiciliació bancària SEPA CORE

El sotassinant formula instància adreçada a l'Alcaldia Presidència de Llança, en els següents termes:

☐ **Alta** ☐ **Modificació** ☐ **Baixa**

REPRESENTANT				
NOM I COGNOMS			DNI	
DOMICILI			TEL.	
LOCALITAT		CP	EMAIL	

INTERESSAT/DA				
NOM I COGNOMS			DNI	
DOMICILI			TEL.	
LOCALITAT		CP	EMAIL	

COMUNICACIÓ TELEMÀTICA (Obligatòria per persones jurídiques, professionals i comunitats de propietaris)	
Vull rebre comunicacions per correu electrònic	
☐ Sí	Indicar adreça de correu electrònic _____
☐ No	

DOMICILIACIÓ BANCÀRIA			
Entitat _____	País _____		
IBAN	ENTITAT	OFICINA	NÚMERO DE COMPTE
BIC			

CONCEPTE	OBJECTE TRIBUTARI
TOTS	
IBI	
ARBITRIS I TAXES MUNICIPALS	
IAE	
IVTM	
ALTRES (guals, cementiri, OVP...)	

Aquesta ordre de domiciliació tindrà efectes pel present període només en el cas que s'hagi presentat almenys dos mesos abans del període de cobrament. En cas contrari, tindrà efectes a partir del període següent. La domiciliació tindrà validesa per temps indefinit sempre i quan no sigui donada de baixa per l'interessat, que l'Ajuntament li notifiqui la seva invalidesa o sigui rebutjada per l'entitat de crèdit.

☒ Pagament recurrent. Aquesta domiciliació bancària es pot utilitzar per a deutes recurrents.

Llança, _____ de _____ de 20 _____

Signatura