Ajuntament de Barcelona

Centre Esportiu Municipal Horta

INSCRIPCIÓ IV BASKET URBAN CAMPUS U.E. D'HORTA

FOTO CARNET

(si us plau complimenteu totes les dades en majúscules) Atès per: .....

DADES PERSONALS DEL NEN O NENA

Nom: ..... **Cognoms:** ..... **Sexe: NEN** ☐ **NENA** ☐ **Edat:** .....

***Nom i cognoms del germà o germana participant (si en té):** .....

D.N.I. (si en té): ..... **Data Naixement:** .....Nacionalitat: .....

Lloc **de Naixement:** ..... **Telèfon Fix:** .....**Telèfon Mòbil:** .....

Districte Postal: ..... **Municipi:** ..... **Província:** .....

Adreça: ..... **Núm.:** ..... **Bloc:** ..... **Escala:** ..... **Pis:** ..... **Porta:** .....

Correu electrònic: ..... **Escola:** .....

Juga a bàsquet federat? ..... **Quina categoria?** ..... **Quin Club? (optatiu)** .....

TARIFES CAMPUS

(Cal omplir una nova inscripció amb totes les dades per cada germà o germana participant sigui SOCI o NO SOCI del la U.E. d'Horta)

SOCI U.E.D'HORTA 95€ ☐

PREU GERMÀ/GERMANA U.E D'HORTA * 85€ ☐

NO SOCI 105€ ☐

PREU GERMÀ/GERMANA NO SOCI * 95€ ☐

ACOLLIDA TOT EL CAMPUS 10€ ☐ En cas d'acollida puntual s'abonarà el mateix dia al responsable del Campus **(5€/dia)**

GRUP TECNIFICACIÓ 85€ ☐ Jugadors/es nascuts entre el 1999 i el 2002. Dinar inclòs en el preu

DADES INGRÉS CAMPUS

ENTITAT: CAIXA DE PENSIONS NÚMERO DE COMPTE: ES93 2100 - 1158 - 48 - 0200017156

Autoritzo a fer fotos i gravar vídeos durant el Campus	SÍ ☐	NO ☐	*(Per les sessions de treball amb vídeo)*
Autoritzo la publicació de vídeos i fotos al web del club	SÍ ☐	NO ☐	
Pot marxar sol al final de jornada	SÍ ☐	NO ☐	
Sap nedar? *(per les activitats aquàtiques)*	SÍ ☐	NO ☐	

NORMES D'INSCRIPCIÓ:

El signant manifesta que accepta i s'obliga a complir les normes de funcionament de la instal·lació i les normes establertes pels cursets .
El pagament es farà mitjançant ingrés en compte bancari (a dalt exposat) indicant el nom del participant al Campus.
Per formalitzar la inscripció cal presentar la còpia del comprovant d'ingrés al compte bancari indicat, una foto tipus carnet i una còpia de la Targeta Sanitaria del nen/a.
En cas de baixa voluntària d'assistència al Campus es retornarà el 100% de l'import fins a 7 dies abans i el 50% quan nomes restin 7 dies per l'inici del mateix. Si la baixa és per malaltia i s'acredita amb un certificat mèdic, es retornarà el 100% de l'import.
En compliment d'allò que estableix l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), l'informem que les seves dades de caràcter personal són tractades i recollides en un fitxer, el responsable del qual és U.E. d'Horta.
Aquesta entitat tractarà les dades exclusivament amb la finalitat de gestionar la relació que ens vincula en la seva qualitat d'abonat. Les seves dades seran cedides a l'Institut Barcelona Esports (IBE) pertanyent a l'Ajuntament de Barcelona amb la finalitat de control i seguiment de la xarxa d'instal·lacions esportives municipals.
Podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició previstos en la citada Llei, adreçant-se a les oficines de l'Entitat.

Barcelona ..... de ..... de 20.....

Signatura del titular, pare, mare o tutor

Veure dors ➡

Import Total _____

C.E.M HORTA · *C/ Feliu i Codina, 27* · *C.P. 08031 - Barcelona* · *Telèfon.: 934 276 479* · *Fax: 934 276 828*
Correu electrònic: basquet@uehorta.cat · *web: www.uehorta.cat* · *Informació:* ***Pepe Cavanillas*** *626 038 888*

Ajuntament de Barcelona

Centre Esportiu Municipal Horta

QÜESTIONARI DE SALUT

Nom: _____ **Cognoms:** _____ **Data Naixement:** _____

Nom del pare: _____ **Telèfons de contacte:** _____

Nom de la mare: _____ **Telèfons de contacte:** _____

Contacte d'emergència: _____ **Parentiu:** _____ **Telèfon:** _____

HISTORIAL MÈDIC

Al·lèrgies o reaccions: **Sí** ☐ **No** ☐ _____

En cas afirmatiu especifiqueu quines

Està prenent alguna medicació actualment: **Sí** ☐ **No** ☐ _____

En cas afirmatiu especifiqueu quins

Té dolors de cap o mareigs: **Sí** ☐ **No** ☐ **Diabetis:** **Sí** ☐ **No** ☐

Problemes de cor o hipertensió: **Sí** ☐ **No** ☐ **Epilèpsia:** **Sí** ☐ **No** ☐

Hiperactivitat: **Sí** ☐ **No** ☐ **Asma:** **Si** ☐ **No** ☐

Necessitats alimentàries especials: **Sí** ☐ **No** ☐

Si la resposta a les anteriors preguntes és "SÍ", si us plau, doneu més detalls. Si cal, haureu d'aportar un certificat mèdic que acrediti que pot realitzar aquesta activitat.

_____

_____

_____

Si un o una participant pateix cap malaltia sospitosa de contagi, NO FARÀ L'ACTIVITAT, si no porta un certificat mèdic que indiqui de forma concreta la manca de risc per ell i la resta d'usuaris.

Entenc que al deixar el meu fill a les instal·lacions esportives del C.E.M Horta assumeixo:

- *He d'estar localitzable telefònicament en tot moment.*
- *Els responsables d'Horta Esportiva i U.E. d'Horta estan autoritzats a demanar-me la recollida del nen/a en cas de desobediència greu, casos de nerviosisme o situacions que ho requereixin.*
- *Respectaré en tot moment la normativa de reserves i restriccions d'Horta Esportiva i la U.E. d'Horta.*
- *Pel benestar del meu fill i de la resta de nens, no portaré el meu fill en cas de malaltia o febre.*
- *No responsabilitzaré a Horta Esportiva ni a U.E d'Horta per la pèrdua d'objectes personals, danys accidentals o altres accidents, sempre que el club actuï responsable i correctament.*
- *Dono el meu consentiment per a què qualsevol membre autoritzat d'Horta Esportiva o la U.E d'Horta administri els primers auxilis o el tractament bàsic en cas d'emergència.*

He llegit, entenc i accepto les condicions.

Barcelona ..... d ..... de 20.....

Signatura del titular, pare, mare o tutor