

Data naixement: _____

NOM: _____ COGNOMS _____

Adreça: _____ Club: _____

Codi Postal: _____ Població _____ Escola _____

TELEFONS: Fixe particular _____ Fixe particular Avis _____
 Nom i mòbil Pare _____ Nom i Mòbil Avis _____
 Nom i mòbil Mare _____ Altres _____

e-mail: _____

DIES	PREU	PREU+4	Noms dels/les companyes
Torn 1: del 5 al 10 de juliol	495€ <input type="radio"/>	465€ <input type="radio"/>	
Torn 2: del 12 al 17 juliol	495€ <input type="radio"/>	465€ <input type="radio"/>	
Torn 3: del 19 al 24 juliol	495€ <input type="radio"/>	465€ <input type="radio"/>	

*TÉ ALGUN TIPUS D'AL·LÈRGIA ALIMENTARIA? SI NO

*QUINA? _____

Participació en competicions? Si No Quin nivell? _____

Explica el nivell que tens i que es el que t'agradaria aprendre :

TOTAL: _____ Data: _____ Pagament: Tarjeta Transferència

IBAN: ES65 0182 3491 9002 0176 0764
 Beneficiari: Salt Gimnàstic Club
 Referència: piruetes interns 21 + nom gimnasta
 Cal escanejar i enviar guard a saltgimnasticpiruetesinterns21@gmail.com

* OBSERVACIONS:

Autoritzo al Piruetes – millora de la tècnica i nivell gimnàstic -, del Salt Gimnàstic Club, a realitzar activitats esportives; Banyar-se en piscines públiques; Ser fotografiat durant la realització de les activitats pels dirigents de l'activitat; Intervenir quirúrgicament o prendre qualsevol altre decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència; Usar un vehicle privat per el desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica; Efectuar petites cures i subministrar, només, antitèrmics, antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol, àcid acetilsalicílic o ibuprofè, per part de l'equip de dirigents. Si té algun tipus d'al·lèrgia feu-nos-ho saber.

Signatura mare, pare o tutor/a _____

CAL ADJUNTAR: FOTOCOPIA CAT SALUT, DNI i 1 FOTO CARNET