

Nom _____

Cognoms _____

Data naixement _____ Quin curs ha fet? (24/25) _____

Adreça _____

Població _____ CP _____

Telèfon _____ E-mail _____

Al·lèrgies? _____ Necessita medicació? _____

Sap nedar? _____ Observacions _____

Pertany a grup vulnerable o amb necessitats especials d'adaptació? _____

En/NA _____

amb DNI _____

SELECCIONEU PACK O NÚMERO DE SETMANES:

PACK 6 SETMANES ☐

NÚMERO DE SETMANES: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Autoritzo al centre a traslladar al menor a l'hospital més proper en cas d'accident i prendre decisions mèdico quirúrgiques que siguin necessàries adoptar, en cas d'extrema urgència i sota direcció mèdica, renunciant a exigir qualsevol responsabilitat per lesions que es puguin produir dins de les activitats del Campus Fitness Factory i que assumeixo íntegrament.

SI ☐ NO ☐

Així mateix, i en compliment amb la llei 15/2003 de protecció de dades, es sol·licita la seva autorització per poder realitzar fotos, utilitzar-les amb finalitat publicitària (marqui si autoritza a realitzar fotos, utilitzar-les amb finalitat publicitària):

SI ☐ NO ☐

Autoritzo poder traslladar al menor fora de la instal·lació per poder realitzar excursions i altres activitats a l'aire lliure.

Signatura del pare/mare o tutor/a

A Mataró, el _____ de _____ de 2025

