Informació Casal Estiu ADC *18

HORARI GENERAL

→ 9:00h a 13:30h.

HORARI DEL CASAL	
9:00h	Benvinguda I Jocs
9:30h	Classe de coreografia
10:30h	Esmorzar
11:00h	Taller de costumització: fem vestuaris, maquillatges pel musical I jocs.
12:00h	Classe d'acrobàcia
13:30h	Sortida

Els dilluns haureu de portar una bossa amb les següents coses per deixar a l'Aero tota la setmana:
roba recanvi, tovalloletes desmaquillants, alguna joguina d'aigua.
Tots els dies s'ha de portar roba per fer classe, un mitjó exclusiu per la sala, una ampolla d'aigua amb el nom i esmorzar.
TOTA LA ROBA, BOSSES… HA D'ANAR MARCAT AMB EL NOM.

- El dia de piscina en principi serà els divendres (restem a l'espera de confirmació per part de la piscina. Depenent de l'edat dels alumnes anirem a la piscina del Poliesportiu del Centre o a la del PELL (Splau a Cornellà).

Hauran de portar: banyador, tovallola, gorra, crema solar (la primera dosis l'heu de posar a casa), esmorzar, ulleres de piscina i si voleu, algo de diners per comprar un geladet. Qui ho necessiti: Manguitos, churrito o similar.

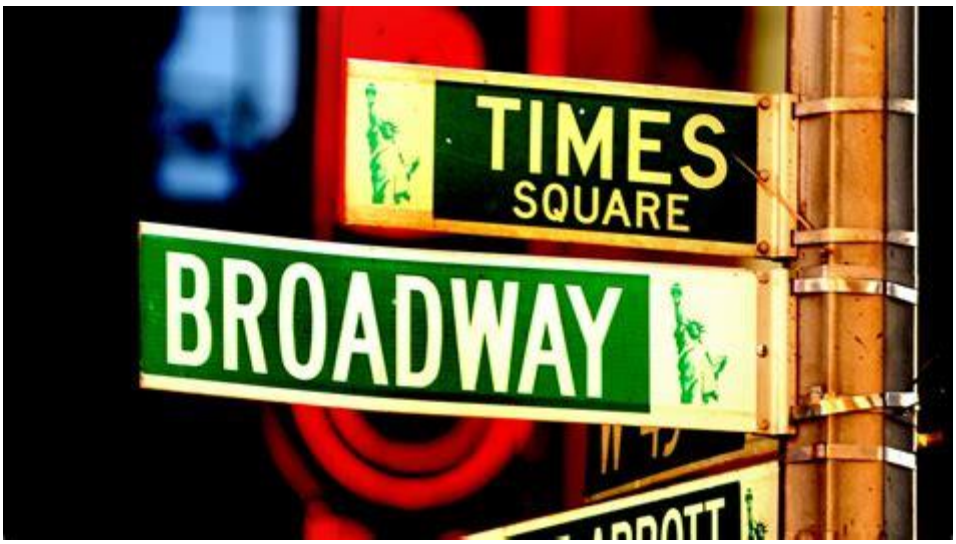
El primer dia de Casal heu de portar les següents autoritzacions signades:

Per qualsevol dubte o consulta: 610 627 792 (Lidia)

RAMBLETA, 21 – 08930, SANT ADRIÀ DE BESÒS TLF: 93 381 62 70
www.adcaerodance.com
http://www.facebook.com/aerodance.santadria
http://adc-aerodance.blogspot.com.es/

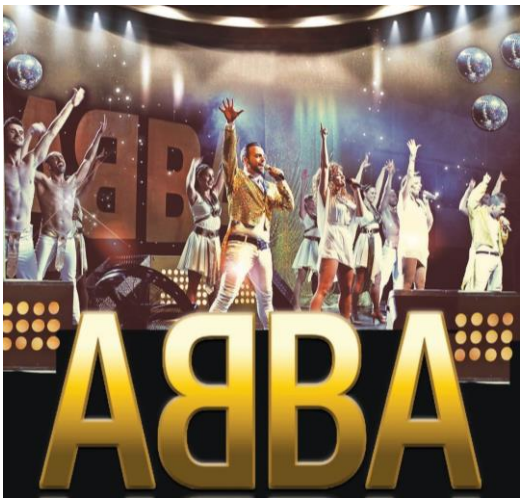
CASAL ESTIU ADC 2018

Benvinguts a **BROADWAY**!!!

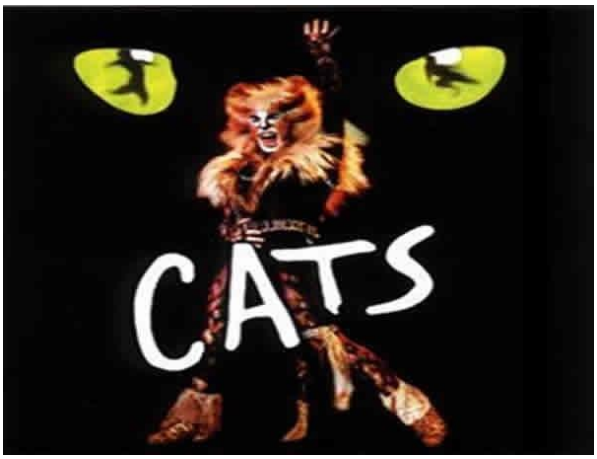


RAMBLETA, 21 – 08930, SANT ADRIÀ DE BESÒS TLF: 93 381 62 70
www.adcaerodance.com
http://www.facebook.com/aerodance.santadria
http://adc-aerodance.blogspot.com.es/

Setmana del 25 al 29 de Juny
ABBA



Setmana del 2 al 6 de Juliol
CATS



Setmana del 9 al 13 de Juliol
La Bella y la Bestia

Setmana del 16 al 20 de Juliol
HOY NO ME PUEDO LEVANTAR!

RAMBLETA, 21 – 08930, SANT ADRIÀ DE BESÒS TLF: 93 381 62 70
www.adcaerodance.com
http://www.facebook.com/aerodance.santadria
http://adc-aerodance.blogspot.com.es/

D/Da. _____amb DNI _____autoritzo al meu fill/a _____a participar al Casal d'Estiu AERodance 2018.

NOM:

EDAT ACTUAL:
DATA DE NAIXEMENT:

Sap nedar?	SI ☐ NO ☐	Necessita maneguetes?	SI ☐ NO ☐
		Pren alguna medicació?	SI ☐ NO ☐
Té alguna al·lèrgia, intolerància alimentària o necessitat de dieta especial? Indicar **grau d'al·lèrgia i tractament**		Té qualsevol altre tipus d'al·lèrgia?	
Té alguna malaltia o lessió? Indiqueu quina		Pren medicació? En cas afirmatiu adjuntar autorització i protocol.	
ALTRES OBSERVACIONS:			

SI DECLARO ☐

Declaro que el meu fill/a no pateix en el moment actual cap malaltia infecto contagiosa (tipus varicel·la, mol·luscos contagiosos, papil·loma/berruga plantar, fongs/micosis cutànies, peu de atleta, conjuntivitis vírica o bacteriana, etc.) ni cap altre que requereixi atenció especial.

- En cas de patir alguna d'aquestes patologies és obligatori aportar informe mèdic que faci constar que està en seguiment i/o tractament de la mateixa.

AUTORITZO A:

Anar a la piscina els divendres	SI ☐ NO ☐
Autorització de drets d'imatge (Document adjunt)	SI ☐ NO ☐
Traslladar al menor en vehicle utilitari al centre de salut més proper si fos necessari.	SI ☐ NO ☐
Rebre informació sobre les activitats al següent correu electrònic **CORREU ELECTRÒNIC EN MAJUSCULES:**	SI ☐ NO ☐

TELÉFONS DE CONTACTEPER ORDRE DE PRIORITAT, INDICANT NOM DE LA PERSONA I VINCLE AMB EL MENOR	1. 2. 3. 4.

PERSONA QUE SIGNA L' AUTORTIZACIÓ:

D/Da.:_____ DNI: _____

FIRMA DEL TUTOR/A LEGAL:
DATA:

INFORME SOBRE L'ESTAT DE SALUT:

Jo,……

amb DNI: …….., com a mare/pare o tutor/a, declaro que el meu fill/a no té cap enfermetat o discapacitat que no el permeti realitzar activitat física amb normalitat.

I per que així consti signo aquest document.

……de ……. De 2018

Signat,

***NOMÉS PER A ALUMNES NOUS**:

DRETS D'IMATGE

(Aquest document ha de ser degudament **signat pel pare i la mare** o pel tutor de l'alumne/a)

Actuant com a pare, mare o tutor de l'alumne/a:

(indicar nom i cognoms)_____

SI autoritzo ☐ **NO** autoritzo ☐ *(marqui la casella que correspongui* **X** *)*

a **AERODANCE** a la presa d'imatges de l'alumne/a per il·lustrar materials comunicatius de caràcter gràfic i audiovisual de l'activitat del centre. Aquesta, tindrà validesa fins que no es comuniqui en cas contrari.

Les imatges podran ser difoses en qualsevol mitjà per fins documentals del centre, (en premsa, Internet, mitjans externs, material promocional, publicitat, xarxes socials)amb caràcter gratuït i amb l'objectiu de difondre l'activitat realitzada a AERODANCE.

Amb aquesta autorització renuncio a reclamar cap contraprestació per aquestes fotografies o filmacions.

A partir de la signatura de la present comunicació, autoritzo o no autoritzo expressament el tractament de les dades de caràcter personals, per la finalitat especificada, per part de l'escola.

Nom i cognoms del pare: _____**DNI:**_____
(o tutor legal si s'escau)

Signatura del pare
(o tutor legal si s'escau)

Nom i cognoms de la mare: _____**DNI:**_____

Signatura de la mare

_____ de _____de 2018

Els drets d'imatge s'administren des d'aquesta entitat i per això, posem en el vostre coneixement que el responsable d'aquestes imatges és **AERODANCE scp.** *i que, per exercir els drets de consulta, accés, rectificació, cancel·lació i oposició podeu escriure a aerodancehosptitalet@gmail.com*

En cas de prendre medicació:

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En
/Na:_____

com a pare/mare tutor/a del nen/a_____
Sol·licito que li sigui administrada la següent medicació:

Producte:_____

Dosi:_____

Horari:_____

Des de el dia_____fins al dia _____

Assumeixo la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar:

Signatura i data: