



CREU ALTA SABADELL BÀSQUET

CAMPUS

Nom del nen/a: _____

Data de naixement: _____

Telèfon/s de contacte de mare/pare/tutor/a: _____

Hi ha alguna malaltia o al·lèrgia que hagi de tenir en compte el personal del Campus?

AUTORITZACIONS (Encerclou la resposta):

Jo _____ mare/pare/tutor/a

amb DNI _____ autoritzo:

Al meu fill/a a marxar sol/a un cop finalitzada l'activitat del Campus:

Sí

No

Que el meu fill/a pugui aparèixer en fotografies i filmacions corresponents a activitats del Campus del Creu Alta Sabadell Bàsquet a la pàgina web, a la premsa local i publicacions del club:

Sí

No

Signatura:

**Aquest document s'ha d'entregar signat al Responsable del Campus el 1r dia juntament amb el Justificant de pagament, si és que aquest no s'ha enviat prèviament per mail a activitats@creualtabasquet.cat indicant el nom del nen/a.*