

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Se requiere tu consentimiento para esta actividad. Si estás de acuerdo, completa y devuelve recortada la mitad inferior de este formulario.

Marque la casilla con la opción que elija según su grupo:

### LOCALIZACIÓN ACTIVIDAD: CAMPING SON BOU

- PRIMER GRUPO P3/P4: 7-8 DE MAYO**  
 - **SALIDA: 15:30H ESTACIÓN DE AUTOBÚS MAÓ**  
 - **REGRESO: 17:30 CAMPING DE SON BOU**  
 - **PRECIO: 90€**

- SEGUNDO GRUPO P5/2N: 20-21-22 DE MAYO**  
 - **SALIDA: 15:30H ESTACIÓN DE AUTOBÚS MAÓ**  
 - **REGRESO: 13:00H CAMPING DE SON BOU.**  
 - **PRECIO: 130€**

- TERCER GRUPO 3R/6È: 10-11-12 DE JUNIO**  
 - **SALIDA: 15:30H ESTACIÓN DE AUTOBÚS MAÓ**  
 - **REGRESO: 13:00H CAMPING DE SON BOU**  
 - **PRECIO: 130€**

**LA INSCRIPCIÓN NO SERÁ EFECTIVA SIN EL PAGO**  
**FECHA LÍMITE INSCRIPCIÓN: 4 DE ABRIL DEL 2022**

**C/C PARA HACER EL INGRESO: ES81 2056 0012 2310 0145 0624 TITULAR : APIMA CEIP MARE DE DÉU DE GRÀCIA. ENVIAR JUSTIFICANTE A LA APIMA POR MAIL, WHATS O EN EL HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

**\*SE SEGUIRÁN LAS MEDIDAS ANTI-COVID EN TODO MOMENTO.**

**PERSONA DE CONTACTO PARA LA ACTIVIDAD**

**LLUIS BOSCH I SONIA MEZQUIDA: DIRECTORES DE LA ACAMPADA**  
 646 64 18 55/630 04 44 81

### Qué tengo que traer?

- Saco de dormir
- Pijama
- Botella de agua
- Ropa deportiva + recambios
- Bambas
- Linterna
- Tupper

- Ducha y Piscina (chanclas, toalla, bañador...)
- Neceser (cepillo de dientes, desodorante...)
- Camiseta blanca (manualidad)
- Gorra y crema solar
- Mascarilla
- ¡Y muchas ganas de pasarlo genial!

PROHIBIDO TRAER EL MÓVIL

- POR FAVOR, CORTA AQUÍ Y GUÁRDALO PARA FUTURAS REFERENCIAS. -

Yo: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

doy mi consentimiento que mi hijo/a \_\_\_\_\_  
 participe en las colonias del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

### En caso de emergencias, los Directores de la acampada deberían llamar a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Curso: \_\_\_\_\_  
 Teléfono contacto: \_\_\_\_\_  
 Autorizo fotografías SI/NO \_\_\_\_\_  
 Socio SI/NO \_\_\_\_\_  
 DNI madre y padre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma del padre

Firma de la madre

Fecha

### INFORMACIÓN MÉDICA:

Mi hijo/a necesita medicamentos durante la actividad.  
 Especifica el nombre del medicamento y la frecuencia de la dosis.  
 NO/ SI: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a necesita asistencia especial debido a una discapacidad.  
 NO/ SI: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a necesita comida especial debido a alergias o motivos religiosos. especifica cuál.  
 NO/ SI: \_\_\_\_\_