



SOL·LICITUD d'inscripció als tallers Espai Jove – Centres Oberts

SOLICITUD de inscripción a los talleres Espai Jove – Centros Abiertos

Dades del o la jove participant / Datos del o de la joven participante			
Nom i cognoms / Nombre y apellidos		Data de naixement / F.Nac	Edat / Edad
Centre on està matriculat/da / Centro donde està matriculado/da		Curs escolar / Curso escolar	

Dades del pare, mare o representant legal / Datos del padre, madre o representante legal			
Nom i cognoms / Nombre y apellidos		CIF / NIF	
Adreça / Dirección		Localitat / Localidad	CP
Telèfon 1 / Teléfono 1	Telèfon 2 / Teléfono 2	Adreça electrònica @ / Dirección electrónica	

Dades del pare, mare o representant legal (en cas de custòdia no compartida) <i>Datos del padre, madre o representante legal (en caso de custodia no compartida)</i>			
Nom i cognoms / Nombre y apellidos		CIF / NIF	
Adreça / Dirección		Localitat / Localidad	CP
Telèfon 1 / Teléfono 1	Telèfon 2 / Teléfono 2	Adreça electrònica @ / Dirección electrónica	

Sol·licite la inscripció al taller / Solicito la inscripción en el taller		
☐ Cuina / Cocina	☐ Videojocs / Videojuegos	☐ Teatre Jove / Teatro Joven
☐ Creació musical / Creación musical	☐ Japonès / Japonés	☐ Reparació de bicicletes / Rep. de bicicletas
☐ Hort ecològic / Huerto ecológico	☐ Electricitat / Electricidad	☐ Bricolatge / Bricolaje
☐ Campus digital / Campus digital	☐ Creació artística / Creación artística	Altres / Otros :

Informació sanitària / Información sanitaria	
Targeta sanitària / Tarjeta Sanitaria. Núm. SIP o Assegurança privada. / Seguro Privado Núm.	
☐ Sí	L'alumne/a pateix alguna malaltia que puga afectar el funcionament normal de l'activitat?
☐ No	El alumno/a padece alguna enfermedad que pueda afectar el funcionamiento normal de la actividad?
Observacions / Observaciones :	

Autorització mèdica / Autorización médica	
☐ Sí	En cas de no poder-me localitzar, com a representant legal, autoritze la Direcció perquè, en cas d'última urgència i amb coneixement i prescripció mèdica, prenga les decisions mèdiques i quirúrgiques necessàries.
☐ No	En caso de no poderme localizar, como representante legal, autorizo a la dirección para que, en caso de última urgencia y con conocimiento y prescripción médica, tome las decisiones médicas y quirúrgicas necesarias.

Autorització d'imatges	
☐ Sí	Autoritze l'Ajuntament de Silla a publicar imatges en què aparega el meu fill, filla o jo, en fotografies de grup, sempre que existisca un interès públic i resulten adequades, pertinents i no excessives en relació amb el lliure exercici de la llibertat de la informació.
☐ No	Autorizo al Ayuntamiento de Silla a publicar imágenes en las que aparezca mi hijo, hija o yo, en fotografías de grupo, siempre que exista un interés público y resulten adecuadas, pertinentes y no excesivas en relación con el libre ejercicio de la libertad de la información.

Documentació que s'hi adjunta	
☐	Informe acreditatiu de custòdia no compartida, si és el cas / Informe acreditativo de custodia no compartida
Silla, de / d'	de 20 Firma de la mare, el pare o representant legal