



## COLÒNIES DE GIMNÀSTICA RÍTMICA

Del dimarts 3 de Juliol al divendres 6 de Juliol de 2018  
Casa de colònies Amposta Parc

- 4 dies i 3 nits amb Pensió Completa + àpat de l'últim dia ( inclou berenars )
- Entrenaments diaris de gimnàstica rítmica
- Tècnica d'aparells
- Ballet i dansa
- Teatre i expressió corporal
- Piscina
- Tallers
- Jocs i activitats de nit
- Samarreta colònies 2018

**Preu: 235 €**

Adreçades a gimnastes del Club Rítmica Santa Perpètua , **a partir de 7 anys**

Places limitades a **20 gimnastes**, per estricte ordre d' inscripció.

Entrenadores: Sara Matas, Edurne Navarro.

Els pagaments es realitzaran en les dates següents:

- **PAGA I SENYAL: 50€ - Data límit 24 Abril**

**IMPORTANT:** Les inscripcions que no hagin abonat la paga i senyal en el termini establert seran anul·lades i s'oferirà la plaça a les nenes en llista d'espera

- **SEGON PAGAMENT: 81€ Data límit 22 de Maig**
- **ÚLTIM PAGAMENT: 100€ Data límit 22 de Juny**

Es pot fer el pagament en 1 o dos terminis, si es prefereix.

Imprescindible enviar el full d'inscripció i autorització al mail:  
[coloniescrsp@gmail.com](mailto:coloniescrsp@gmail.com)

**No s'admetrà cap inscripció enviada a l'adreça genèrica del Club**

Cal fer l'ingrés de cada pagament al número de compte del Club amb el concepte de **colònies + nom i cognoms** de la nena, i enviar per mail el justificant de pagament al mail: [coloniescrsp@gmail.com](mailto:coloniescrsp@gmail.com)

Nº de COMPTE DEL BANC SABADELL

**ES50 0081 1816 0100 0107 1809**



## FORMULARI D'INSCRIPCIÓ

Enviar al mail [coloniescrsp@gmail.com](mailto:coloniescrsp@gmail.com)

Nom de la gimnasta: \_\_\_\_\_

Edat: \_\_\_\_\_

Nom del pare o mare o tutor : \_\_\_\_\_

Tel de contacte del pare o mare o tutor: \_\_\_\_\_

Sí permeto que la meua filla \_\_\_\_\_  
participi a les colònies de rítmica a Amposta Parc, del 3 al 6 de Juliol de 2018.

Firma mare/pare o tutor:

Data:

### Comunicat al lèrgies i autorització medicació

Pateix alguna al·lèrgia alimentaria? Si\_\_\_ No\_\_\_ A  
què? \_\_\_\_\_

Pateix alguna altra al·lèrgia? ( medicaments, picades d'insectes... )

Si \_\_\_ No\_\_\_ A què? \_\_\_\_\_

Té alguna malaltia? Si \_\_\_ No\_\_\_

Quina? \_\_\_\_\_

Pren algun medicament com a tractament d'Al·lèrgia o malaltia? Si\_\_\_ No\_\_\_  
Quin? \_\_\_\_\_

Si us plau, especifica a continuació la dosis i horaris o en quin cas puntual ho ha de prendre.

Si pren medicaments els haurà de dur a una bossa marcats amb el seu nom

Firma mare/pare o tutor:

Data: