

Nº Compte Inscricions  
BBVA:

**ES 47 0182 2920 1302 0161 4058**

INDICAR **NOM PARTICIPANT**. S'HA D'ENVIAR  
**COMPROVANT DEL PAGAMENT** JUNTAMENT AMB  
LA **INSCRIPCIÓ** AL MAIL: [ruralitart@gmail.com](mailto:ruralitart@gmail.com)

Amb el suport i la col·laboració de:



Generalitat  
de Catalunya  
**Agència Catalana  
de la Joventut**



Consell Comarcal  
PALLARS JUSSÀ



**Ajuntament  
de Talarn**



# Casal RuralitArt

DE 5 a 14 anys

Aquest estiu vine  
amb els teus amics i  
amigues a **Talarn** a  
gaudir de l'art



EMPATIA, CREATIVITAT, AUTOSUFICIÈNCIA,  
SUPERACIÓ, IMAGINACIÓ, ALEGRIA,  
REFLEXIÓ, AMISTAT...

+ info: 634 732 908 (Blai)

[ruralitart@gmail.com](mailto:ruralitart@gmail.com)

# DATES i HORARIS i PREUS

Del **07** de JULIOL al **29** d'AGOST

Horari: de 9:00 a 14:00h **52€\*** / setmana

*\*Servei de transport i servei d'acollida 08:15h a part.*

*\*20% Dte Residents de Talarn.*

## EDATS I GRUPS

L'activitat és per a infants i joves **de 5 a 14** anys.

**NIVELL A** (de 5 a 7) **NIVELL B** (de 8 a 11) **NIVELL C** (de 12 a 14)

*Segons el Nivell realitzaran, per separat algunes activitats i conjuntament i/o amb grups mixtes: alguns tallers, les gimcanes, les estones de temps lliure i altres activitats.*

## SETMANES TEMÀTIQUES

JULIOL i AGOST

Les activitats de cada setmana giren entorn a diferents tipus de disciplines artístiques, afavorint la creativitat individual.

Un/a artista professional ens visitarà cada setmana.

## LLOC

Ajuntament i vila de Talarn

## INSCRIPCIÓ

*PER COMPLETAR LA PRE-INSCRIPCIÓ REMPLENA I ENVIA EL SEGÜENT DOCUMENT SIGNAT A: [ruralitart@gmail.com](mailto:ruralitart@gmail.com)*

*\*Els preus són vàlids, si es realitza el pagament abans del 20 de juny;  
Sinó els preus són: 57 € per setmana.*

<b>NOM I COGNOMS</b> (participant)	
<b>EDAT i NIVELL</b>	<b>NIVELL:</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
<b>DATA NAIXEMENT</b>	
<b>Nº Tarja Sanitaria</b>	*Cal duu fotocòpia.
<b>Nº DNI</b>	*Cal duu fotocòpia.

Participa en l'activitat **RURALITART** organitzada per l'associació Cultural i Recreativa, TEATRE PER A TOTHOM a l'Ajuntament i vila de Talarn aquest estiu **2025**

Durant les setmanes:

*(Indicar les **setmanes** que us interessa venir )*

- |   |                 |   |
|---|-----------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>a</sup> - | 07 al 11 juliol | <input type="checkbox"/> <b>ARTS VISUALS</b>        |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>a</sup> - | 14 al 18 juliol | <input type="checkbox"/> <b>EXPRESSIÓ CORPORAL</b>  |
| <input type="checkbox"/> 3 <sup>a</sup> - | 21 al 25 juliol | <input type="checkbox"/> <b>L'ART DEL CIRC</b>      |
| <input type="checkbox"/> 4 <sup>a</sup> - | 04 al 08 agost  | <input type="checkbox"/> <b>ESCRITURA CREATIVA</b>  |
| <input type="checkbox"/> 5 <sup>a</sup> - | 11 al 15 agost  | <input type="checkbox"/> <b>TITELLES I OBJECTES</b> |
| <input type="checkbox"/> 6 <sup>a</sup> - | 18 al 22 agost  | <input type="checkbox"/> <b>CULTURA POPULAR</b>     |
| <input type="checkbox"/> 7 <sup>a</sup> - | 25 al 29 agost  | <input type="checkbox"/> <b>TEATRE 100%</b>         |

<b>NOM I COGNOMS</b> (mare, pare o tutor)	
<b>Nº DNI</b>	
<b>TELF. CONTACTE</b>	
<b>E-MAIL</b>	

Autoritzo al meu fill/a/e a participar en aquesta activitat. **Signatura:**

# Fitxa Mèdica

## ANTECEDENTS PERSONALS PATOLÒGICS

Malalties respiratòries.....  
Accidents.....  
Malalties cutànies. ....  
Celiaquia .....  
Intervencions quirúrgiques .....  
Altres malalties (Diversitat / trastorns).....

## DADES D'INTERÈS PRÀCTIC

○ És al·lèrgic/a?     **Sí**     **No**

A què?.....

○ És malaltís/sa?     **Sí**     **No**

ANGINES

SINUSITIS

EMPATXOS

HEMORRÀGIES

REFREDATS

RESTRENYIMENT

COVID-19

INSOMNI

MAL DE QUEIXAL

MAL D'ORELLA

MAREJOS

ENURESI NOCTURN

FARINGITIS

SOMNAMBULISME

ALTRES:

○ Pren algun fàrmac especial?     **Si**     **No**

*En cas afirmatiu, adjuntar autorització del Metge de capçalera / Psiquiatre \**

Quin?.....Dosi?.....Periodicitat?.....

○ Fa cap règim especial?     **Si**     **No**

*En cas afirmatiu, adjuntar autorització del Metge de capçalera / Dietista \**

Quin?.....

○ En relació a la seva edat és un nen/a que menja:     bé     poc     molt

○ En relació a la seva edat és un nen/a que camina:

casi mai     poc     sovint     molt

○ En les excursions es cansa aviat?     **Si**     **No**

○ Fa algun esport durant l'any?     **Si**     **No**

○ És una persona nerviosa?     **Si**     **No**

○ És especialment sensible?     **Si**     **No**

○ Necessita una atenció especial?     **Si**     **No**

*En cas afirmatiu, per què?.....*

Donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar a la pròpia imatge:

**Sí**     **No** autoritzem a l'equip de responsables de l'activitat, a poder fer fotografies i/ o vídeos on apareguin els nostres fills i filles on aquests o aquestes siguin clarament identificables, tenint en compte que les imatges només podran ser utilitzades en les pàgines web i xarxes socials vinculades a l'associació i col·laboradors, sempre en publicacions de caire pedagògic o exposicions relacionades amb l'educació en el lleure de difusió pública no comercial, i es podran distribuir a la resta d'assistents a l'activitat.

## Autorització bany

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a mare, pare o tutor legal

de \_\_\_\_\_, autoritzo, Durant els dies que dura l'activitat, al meu fill/a a

Banyar-se en :

- Piscines públiques o privades.
- Rius i llacs naturals.

I informo que:

- Sap nedar
- No sap nedar
- Altres: \_\_\_\_\_

En/Na (nom d'un adult) ..... amb DNI..... com a **mare/ pare/ tutor/a** del (nom participant)

.....; fa constar que les dades exposades són certes, i per què així consti, signa el present document. I adjunta la documentació sol·licitada: *(Tarja sanitària + carnet de vacunes + certificats mèdics)*

\* Al firmar aquest document també autoritzem, en cas de necessitat, a poder transportar al nostre fill/a en un cotxe conduït pels responsables de l'activitat, i a prendre les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar, en cas d'extrema urgència durant l'estada, sota la direcció facultativa adequada.

\_\_\_\_\_  
Signatures: Mare

i

\_\_\_\_\_  
Pare o tutors legals

A data del ..... de ..... de 2025