



Fitxa d'Inscripció

Dades de l'Activitat

Colònies Estiu 2021

| Colònia | 2020-21 | Estiu | |
|-------------------------------|--|------------------------|-------------------|
| Data d'Inici: 11/07/2021 | Hora d'Inici: 10:00 | Data Final: 18/07/2021 | Hora Final: 18:00 |
| Lloc de Realització: Can Freu | Adreça: Vilobí d'Onyar (Girona), Girona - Costa Brava VILOBÍ | | |

Autorització

El/la mare / pare / tutor/a _____ amb DNI _____
i el/la pare / mare / tutor/a _____ amb DNI _____
autoritzen a participar a l'infant/jove _____ a l'activitat de referència
que consta a l'encapçalament d'aquest mateix imprès. Igualment, es declara coneixedor de la normativa i
condicions de participació i del projecte educatiu de l'entitat organitzadora, acceptant-les mitjançant l'acte
d'aquesta signatura.

Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas
d'extrema urgència i sota la direcció facultativa adequada. També autoritza a l'entitat a traslladar el participant
amb el vehicle que es consideri oportú

I alhora, **DEMANO I AUTORITZO** al "Responsable del tractament" per a què tracti tota la informació facilitada i
la que s'elabori posteriorment i per realitzar i publicar les imatges del participant, en les condicions que consten
en el present imprès. *

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

_____, a ___ de/d' _____ de _____

*El/la Centre d'Esplai Bon-Vent us informa que disposa de l'aplicació informàtica GESPLAI que li permet disposar d'un fitxer automatitzat de dades de caràcter personal, així com un arxiu documental i un altre audiovisual general que contenen dades i informació de caràcter personal. L'Aplicació Informàtica GESPLAI ha estat desenvolupada i és propietat de la Fundació Pere Tarrés (FPT). El/la Centre d'Esplai Bon-Vent disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

TRACTAMENT DE DADES:

- ✓ **Responsable del tractament:** El/la Centre d'Esplai Bon-Vent amb domicili a Pl. Mn. Joan Baranera s/n 08916 BADALONA.
- ✓ **Finalitat del tractament i període de conservació:** La finalitat de la creació, existència, manteniment i ús del fitxer és el tractament de la informació i les dades amb la finalitat de realitzar les activitats organitzades, mantenir-vos informats i donar compliment les finalitats de l'entitat. Les dades es conservaran fins que revoqueu el consentiment que s'atorga amb aquest document.
- ✓ **Base jurídica del tractament:** Consentiment atorgat amb aquest document, relació contractual i obligació legal.
- ✓ **Destinatari de la informació:** Els destinataris de la informació i de les dades són totes les àrees, entitats federatives i col·laboradores del/de la Centre d'Esplai Bon-Vent que siguin necessàries per al compliment de les finalitats expressades al paràgraf anterior, els estaments oficials als quals estem obligats a cedir les dades, així com els centres sanitaris corresponents en cas d'urgència.
- ✓ **Exercici de drets:** Teniu dret a accedir al contingut de les dades personals, a rectificar-les i a suprimir-les, a limitar el tractament, a oposar-vos a que les tractem, a consentir expressament la portabilitat de la vostra informació, a no sotmetre-us a decisions individuals automatitzades i a revocar total, o parcialment el consentiment que atorgareu quan signeu aquest document dirigit-vos a nosaltres per escrit a Pl. Mn. Joan Baranera s/n 08916 BADALONA o presencialment, facilitant-vos el tràmit adequat a la vostra pretensió.
- ✓ **Conseqüències de la negativa a atorgar consentiment:** La negativa a facilitar les dades sol·licitades, impedirà que puguem gestionar les obligacions que ens vinculen amb vosaltres i poden condicionar la participació a les activitats.
- ✓ **Dret a reclamar:** L'organisme competent per resoldre els conflictes derivats de la signatura d'aquest document és l'Autoritat de Control de Protecció de Dades Espanyola.
- ✓ **Informació:** No s'utilitzen processos automatitzats de creació de perfils.

DRETS I UTILITZACIÓ D'IMATGE:

- ✓ El/la Centre d'Esplai Bon-Vent en el desenvolupament dels seus serveis i activitats pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual als participants i podrà, amb les finalitats esmentades, publicar-les en els seus mitjans propis, com ara, pàgines web, perfils de xarxes social, revistes, altres publicacions, catàlegs comercials de difusió d'activitats o cedir-los a entitats federatives, col·laboradores o d'informació general (mitjans de comunicació).

Dades del Participant

Nom: _____ Cognoms: _____

Data de Naixement: _____ Data del Sant: _____ Tel. mòbil del participant (si en té): _____

E-mail del participant (si en té): _____ Curs Escolar: _____

Escola on va el participant: _____

Telèfon fix: _____ Correu electrònic de la família: _____

Adreça: _____ Núm.: _____ Esc.: _____ Pis: _____ Porta: _____

CP: _____ Població: _____ Comarca: _____

Nom Pare/Tutor: _____ Tel. Pare: _____ E-mail Pare: _____

Nom Mare/Turora: _____ Tel. Mare: _____ E-mail Mare: _____

Nº germans: _____ Nº germanes: _____ Lloc: _____ ICS/CAT SALUT: _____

Fitxa de Salut

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc.)

Té problemes amb la vista i l'oïda? Sí No Quins? _____

Té alguna discapacitat? Sí No De quin tipus? Física Psíquica Sensorial. Quina? _____

Té alguna dificultat motriu? Sí No Quina? _____

Es fatiga fàcilment? Sí No És hàbil? Sí No Es mareja fàcilment? Sí No Sap nedar? Sí No

Dorm bé? Sí No Té insomni? Sí No Quantes hores dorm normalment? _____

Té enuresi? Sí No. Diürn Nocturn Menja De tot Algunes coses Quantitat molt poc normal

Emmalalteix amb freqüència? Sí No De què? _____

Ha de prendre alguna medicació durant l'activitat? No Sí (Lliurar l'autorització de medicaments)

Segueix algun règim especial? Sí No De quin tipus? _____

Porta plantilles? Sí No Porta ortodòncia? Sí No

Observacions (indiqueu aquí aquells aspectes que calgui informar i que no hagueu vist tractats en les preguntes anteriors):

En/na _____ amb DNI _____ certifica que l'infant _____ està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent i que el seu estat de salut és: Bo Altre: _____

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

_____, a ___ de/d' _____ de _____



Autorització per l'administració de medicaments

Cal que lliureu aquesta autorització només en el cas que el participant de l'activitat hagi de prendre medicaments durant la realització de la mateixa. Segons indica la normativa en activitats d'educació en el lleure, per tal que un participant pugui prendre medicaments cal que el pare/mare/tutor/a d'aquest hagi lliurat aquesta autorització indicant el medicament, la dosi i l'horari en que s'ha d'administrar.

Si en disposeu, adjunteu a aquest imprès la recepta o document de prescripció mèdica lliurada i signada pel facultatiu mèdic que us l'ha emès.

Caldrà lliurar els medicaments als responsables de l'activitat perquè en puguin disposar durant el desenvolupament de l'activitat.

En/na _____ amb DNI _____ com a pare/mare/tutor/a del participant _____ autoritza als responsables de l'activitat **Colònies Estiu 2021** a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen.

| Medicament (1) | Dia (2) | Hora | Dosi | Hora | Dosi | Hora | Dosi |
|----------------|---------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

_____, a ___ de/d' _____ de _____

(1) Nom complet del medicament. Especifiquen-lo amb tota l'exactitud possible.

(2) Quantitat i vegades al dia i la dosi a administrar.