

## Fitxa d'Inscripció

### Dades de l'Activitat

#### Mini Casals d'Estiu

Casal de Vacances	2021-22	Estiu
Data d'Inici: 01/08/2022	Data Final: 07/08/2022	
Lloc de Realització: Col·legi Mare de Déu de Montserrat i 2 nits a la Casa de colònies Antic Balneari de Rocallaura		

### 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 Grup d'Esplai Apassomi 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 Grup d'Esplai Apassomi disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

#### TRACTAMENT DE DADES:

- ✓ **Responsable del tractament:** El/la Grup d'Esplai Apassomi amb domicili a C. Ave Maria 14 25400 BORGES BLANQUES (LES).
- ✓ **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 Grup d'Esplai Apassomi 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 C. Ave Maria 14 25400 BORGES BLANQUES (LES) 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 Grup d'Esplai Apassomi 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 **Mini Casals d'Estiu** 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.



## Autoritzacions complementàries

### Mini Casals d'Estiu

Casal de Vacances	2021-22	Estiu
Data d'Inici: 01/08/2022	Data Final: 07/08/2022	
Lloc de Realització: Col·legi Mare de Déu de Montserrat i 2 nits a la Casa de colònies Antic Balneari de Rocallaura		

### Autorització per tal que el Participant marxi sol de l'Activitat

*En el cas de desitgeu que el participant pugui marxar sol de l'activitat, caldrà que ens signeu aquesta autorització i la lliureu al director/a de l'activitat. És convenient que el signi la mateixa persona/es que ha/n signat l'autorització en la fitxa d'inscripció.*

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare,  
mare o tutor/a i en/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
com a pare, mare o tutor/a d'en/na \_\_\_\_\_ autoritzo a que el  
citad participant marxi sol de l'activitat, en la finalització d'aquesta, sense la necessitat que vingui a recollir-lo  
ningú.

Un cop finalitzada l'activitat, la responsabilitat del participant passa a ser del/s sotasignant/s.

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## Autoritzacions complementàries

### Mini Casals d'Estiu

Casal de Vacances	2021-22	Estiu
Data d'Inici: 01/08/2022	Data Final: 07/08/2022	
Lloc de Realització: Col·legi Mare de Déu de Montserrat i 2 nits a la Casa de colònies Antic Balneari de Rocallaura		

### Autorització de Recollida del Participant

En el cas de desitgeu que l'infant pugui ser recollit per altres persones diferents a les signants de la fitxa d'autorització, cal que ens autoritzeu la o les persones que poden "recollir al participant".

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare,  
mare o tutor/a i en/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
com a pare, mare o tutor/a d'en/na \_\_\_\_\_ autoritzo a que el  
citad participant sigui recollit per:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Un cop finalitzada l'activitat i recollit el participant, la responsabilitat d'aquest passa a ser de les persones autoritzades i/o del/s sotasignant/s.

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## Autoritzacions complementàries

### Mini Casals d'Estiu

Casal de Vacances	2021-22	Estiu
Data d'Inici: 01/08/2022	Data Final: 07/08/2022	
Lloc de Realització: Col·legi Mare de Déu de Montserrat i 2 nits a la Casa de colònies Antic Balneari de Rocallaura		

### Autorització de Recollida puntual del Participant

*Per si teniu previst recollir el participant abans de la finalització de l'activitat. També heu d'emplenar-lo si teniu la necessitat de recollir-lo i tornar-lo a portar durant algun dels dies de l'activitat. És convenient que el signi la mateixa persona/es que ha/n signat l'autorització en la fitxa d'inscripció. Si ara mateix no sabeu si haureu de recollir el participant abans no acabi l'activitat, podeu retornar-nos el document en qualsevol moment previ a l'inici de l'activitat o bé al Director/a de l'activitat en el moment d'inici d'aquesta.*

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare,  
mare o tutor/a i en/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
com a pare, mare o tutor/a d'en/na \_\_\_\_\_ confirmo que  
recolliré al lloc de realització de l'activitat al participant indicat el dia \_\_\_\_\_ (essent conscient que no  
és el dia de finalització de l'activitat) i si s'escau el retornaré el dia \_\_\_\_\_ al lloc de realització de  
l'activitat. La responsabilitat durant l'absència del participant a l'activitat passa a ser del/s sotasignant/s.

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_