



Enganxeu-hi la
fotografia del
participant

Fitxa d'Inscripció

Dades de l'Activitat

2n Torn Penyafor

Colònia

2018-19

Estiu

Data d'Inici: 29/07/2019

Data Final: 07/08/2019

Lloc de Realització: Casa de colònies de Penyafor

Adreça: Molí de Baix, 41, 08738 Pontons,

Autorització

En/na _____ amb DNI _____ com a pare, mare o tutor/a d'en/na _____ l'autoritza a participar 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 consento expressament i autoritzo al/a la **Grup d'Esplai Parroquial Vilafranca** a tractar i cedir les dades que voluntàriament dono, i per realitzar i publicar les imatges del participant, d'acord amb el tractament i finalitat que s'indica en aquest mateix imprès. *

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

_____, a ___ de/d' _____ de _____

*El/la Grup d'Esplai Parroquial Vilafranca 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.

La finalitat de la seva creació, existència, manteniment i ús és el tractament de la informació i les dades amb la finalitat de prestar els serveis i activitats que ens sol·liciteu, mantenir-vos informats de les nostres activitats i donar compliment les finalitats de l'entitat.

Els destinataris de la informació i de les dades són tots els departaments, entitats federatives i col·laboradors del/de la **Grup d'Esplai Parroquial Vilafranca** que siguin necessaris per al compliment de les finalitats expressades al paràgraf anterior, els estaments oficials als quals estem obligats a cedir les seves dades, així com els centres sanitaris corresponents en cas d'urgència.

*El/la Grup d'Esplai Parroquial Vilafranca 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 socials, revistes, altres publicacions, catàlegs comercials de difusió d'activitats o cedir-los a entitats federatives, col·laboradores o d'informació general (mitjans de comunicació). La informació es conservarà en els nostres arxius durant el període legal de la conservació.

La negativa a facilitar les dades demanades suposarà la impossibilitat de ser atès ordinàriament en els activitats i serveis. En tot cas i en qualsevol moment, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament, portabilitat i prohibició de descisions individuals informatitzades previstes al RGPD, dirigint-se mitjançant comunicació escrita a l'entitat, amb domicili indicat al peu d'aquest imprès. Tot això segons el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, el RD 1720/2007 de 21 de desembre de desenvolupament de la mateixa, el Reglament General Europeu de Protecció de Dades i la Llei 34/2002, de 11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i del comerç electrònic i les Directives 95/46/CE i 2000/31/CE.

L'Aplicació Informàtica GESPLAI ha estat desenvolupada i és propietat de la Fundació Pere Tarrés. El/La Grup d'Esplai Parroquial Vilafranca disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

PAGAMENT DE LES COLÒNIES

Per fer vàlida la inscripció s'ha de realitzar el pagament de 280€ al compte de l'esplai, indicant NOM INFANT + TORN DE COLÒNIES. Número de compte - ES79 0075 0769 3106 0060 9408 (Banc Santander)

Aquesta fitxa s'haurà d'entregar juntament amb el rebut que confirmi el pagament dels campaments. En cas de finalment no assistir a les colònies o campaments es retornarà el 75% de l'import.

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: _____

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: _____

Nombre de germans: _____ Nombre de germanes: _____ Lloc que ocupa: _____

Qui el ve a buscar?: _____ Pot marxar sol?: _____

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 disminució? 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 problemes d'enuresi? Sí No. Diürn Nocturn Menja De tot Algunes coses Quantitat molt poc

Emmalalteix amb freqüència? Sí No De què? _____

Pren alguna medicació especial? Sí No (En cas afirmatiu i en el cas que el participant requereixi el tractament durant l'activitat, caldrà que ens autoritzeu a administrar 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 **2n Torn Penyafort** a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen.

| Medicament (1) | Dia (2) | Hora | Dosi | Hora | Dosi | Hora | Dosi |
|-----------------------|---------|------|------|------|------|------|------|
| Ibuprofrè | SI NO | | | | | | |
| Paracetamol | SI NO | | | | | | |
| Antiinflamatori tòpic | SI NO | | | | | | |
| Antisèptic cutani | SI NO | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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.