



Enganxeu-hi la  
fotografia del  
participant

## Fitxa d'Inscripció

### Dades de l'Activitat

#### Colònies Penyafort 1r Torn - 5 dies

Colònia	2019-20	Estiu
Data d'Inici: 18/07/2020	Data Final: 22/07/2020	
Lloc de Realització: Casa de colònies Penyafort	Adreça: Masia Penyafort Molí de Baix, 41	

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

#### TRACTAMENT DE DADES:

- ✓ **Responsable del tractament:** El/la Grup d'Esplai Parroquial Vilafranca amb domicili a Pl. Jaume I 13 08720 VILAFRANCA DEL PENEDES.
- ✓ **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 Parroquial Vilafranca 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 dirigint-vos a nosaltres per escrit a Pl. Jaume I 13 08720 VILAFRANCA DEL PENEDES 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 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 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).

### PAGAMENT COLÒNIES únic/fraccionat (+info a la web)

Per fer vàlida la inscripció cal realitzar-ne el pagament (160€) al compte de l'esplai, indicant NOM INFANT + TORN DE COLÒNIES. Número de compte - ES79 0075 0769 3106 0060 9408 S'haurà d'adjuntar un justificant de l'ingrés al moment de la inscripció. En cas de finalment no assistir-hi es retornarà el 75% de l'import. També hi ha l'opció de fer el pagament en dues quotes. Si decidiu fer-ho així, poseu SÍ al 1r apartat de la fitxa d'inscripció. Les quotes queden distribuïdes així: 60€ al juny amb la inscripció i 100€ al juliol.

## 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: \_\_\_\_\_

Nº germans: \_\_\_\_\_ Nº germanes: \_\_\_\_\_ Lloc: \_\_\_\_\_ ICS/CAT SALUT: \_\_\_\_\_

A quina escola va?: \_\_\_\_\_ Pagament fraccionat?: \_\_\_\_\_

## 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 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. Aquells medicaments als que autoritzeu l'equip a administrar en cas puntual els proporcionarà l'esplai.

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare/mare/tutor/a del participant \_\_\_\_\_ autoritza als responsables de l'activitat **Colònies Penyafort 1r Torn - 5 dies** a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen.

En cas de no marcar res entenem que autoritzeu l'administració d'aquests. Si voleu excloure'n algun o tots, cal que ratlleu o poseu NO a la columna "Dia" de cada medicament que no vulgueu autoritzar. Si us plau, poseu la dosi indicada per al vostre infant a la columna de dosi.

Medicament (1)	Dia (2)	Hora	Dosi	Hora	Dosi	Hora	Dosi
(3) antiinflamatori oral							
analgèsic oral							
solució cutània iodada							
antiinflamatori tòpic							
antihistamínic tòpic							

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.

(3) Aquests medicaments són els que més habitualment necessiten els infants durant les colònies. El propòsit que siguin aquí per per tenir l'autorització (o no) d'administrar-los quan sigui necessari; en cas de trobar-nos en aquesta situació es posarà en contacte amb les famílies (excepte per als 3 darrers, ja que cops, rascades i picades d'insectes tenen lloc molt habitualment i la seva gravetat sovint és molt lleu, si fos quelcom greu també contactariem les famílies i el personal sanitari)