

## Fitxa d'Inscripció

### Dades de l'Activitat

#### Matins d'Esplai 2016-17

Activitat d'Esplai		2016-17	Activitat de Curs				
Data d'Inici:	15/10/2016	Hora d'Inici:	11:00	Data Final:	22/04/2017	Hora Final:	13:00
Lloc de Realització:		Local d'Activitats	Adreça:		C. Ave Maria 14 Borges Blanques (Les)		

### 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 Apassomi** 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 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.

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 Apassomi** 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 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, 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 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 consultar, accedir, rectificar, cancel·lar o bé oposar-vos a que tractem les vostres dades dirigint-vos a la nostra entitat. 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, 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 Apassomi** disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

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

## 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 \_\_\_\_\_