



FULL D'INSCRIPCIÓ

Activitat (colònies/casal + nom grup)	
---	--

Dades del/la participant¹

Cognoms		Nom	
Data de Naixement			
Adreça			
Població		Codi Postal	
Telèfons de Contacte	Telèfon	Nom del Contacte	
Correus electrònics			

Autorització de participació (a omplir per el pare, mare o tutor/a)

Jo, _____ com a _____ (pare, mare o tutor/a) amb DNI _____ autoritzo a _____ a participar a l'activitat que organitza el Centre Esplai de la Parròquia de Sant Josep.

Tanmateix autoritzo expressament que:

- Pugui ser atès/a per un metge en cas d'accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència.
- El personal responsable d'aquesta activitat el/la pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

Indiqueu posant una creu si:

- Autoritzo que la seva imatge i so pugui aparèixer en fotografies i vídeos corresponents a activitats programades i organitzades pel centre d'educació en el lleure i ser utilitzades en xarxes socials o campanyes publicitàries de l'esplai:² ☐ Sí ☐ No
- Autoritzo que torni sol/a a casa un cop finalitzada l'activitat. ☐ Sí ☐ No
- Autoritzo que el personal responsable d'aquesta activitat li pugui administrar, si ho creu necessari, els següents medicaments: *Cristalmina, Ibuprofè/Dalsy, Afterbite i Silvederma* ☐ Sí ☐ No En cas afirmatiu indiqueu el pes del/la participant en Kg ____

☐ Conec i estic d'acord amb l'aplicació dels Protocols de prevenció i actuació davant d'agressions de violència masclista, racisme, LGTBIQ+fobia, capacitisme i bullying de l'esplai, en cas de necessitat. Per a més informació, aquí teniu un enllaç al document dels protocols:

https://drive.google.com/file/d/1PK-I2bleeMiX_FceXEP3FLcR1U8pnh-O/view?usp=share_link

_____, a ____ de _____ de _____
Signatura del pare, mare o tutor/a



Fitxa de Salut⁴

Segueix o ha de seguir algun règim alimentari? Quin?

És hàbil? ☐ Sí ☐ No

Sap nedar? ☐ Sí ☐ No

Es fatiga fàcilment? ☐ Sí ☐ No

Es mareja amb facilitat? ☐ Sí ☐ No

Es posa malalt/a amb freqüència? De què?

Té alguna al·lèrgia (pols, medicaments, aliments, picades d'insecte, ...)?

Té alguna malaltia crònica (asma, epilèpsia, ...)?

Té totes les vacunes que corresponen a la seva edat? En cas negatiu indiqueu quines falten.

S'ha de prendre algun medicament? En cas afirmatiu indiqueu horaris i quantitats.

Impediments físics o psíquics:

Observacions (indiqueu qualsevol altre qüestió que considereu necessària)

Jo, _____ com a _____ (pare, mare o tutor/a) amb DNI

_____ firmo:

_____, a ____ de _____ de _____
Signatura del pare, mare o tutor/a

CAL ADJUNTAR: Fotocòpia de la targeta de la seguretat social i (si ho desitgeu) d'una mútua d'assegurances.

¹ D'acord amb la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal, l'Esplai de Sant Josep es compromet a utilitzar les vostres dades només per a la prestació del servei i a no divulgar-les a tercers persones. En qualsevol moment podeu exercir el vostre dret d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició a les de dades.

² Tenint en compte que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, l'organització d'aquesta activitat demana el consentiment als pares, mares o tutors/es legals per poder publicar fotografies on apareguin els seus fills/es on aquests/es siguin clarament identificables.

³ La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 137/2003 de 10 de juny, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat de conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.