



## FULL D'INSCRIPCIÓ

<b>Activitat</b> (colònies/casal + nom grup)	
---	--

### Dades del/la participant<sup>1</sup>

<b>Cognoms</b>		<b>Nom</b>	
<b>Data de Naixement</b>			
<b>Adreça</b>			
<b>Població</b>		<b>Codi Postal</b>	
<b>Telèfons de Contacte</b>	<b>Telèfon</b>	<b>Nom del Contacte</b>	
<b>Correus electrònics</b>			

### 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 autoritzeu o no que:

- La seva imatge 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:<sup>2</sup> ☐ Sí ☐ No
  - Torni sol/a a casa un cop finalitzada l'activitat. ☐ Sí ☐ No
  - El personal responsable d'aquesta activitat li pugui administrar, si ho creu necessari, els següents medicaments: *Cristalina, Ibuprofè/Dalsy, Afterbite i Silvederma* ☐ Sí ☐ No
- En cas afirmatiu indiqueu el pes del/la participant en Kg

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Signatura del pare, mare o tutor/a

--

<sup>1</sup> 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 terceres persones. En qualsevol moment podeu exercir el vostre dret d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició a les dades.

<sup>2</sup> 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.



### Fitxa de Salut<sup>3</sup>

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:

Signatura del pare, mare o tutor/a

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓ QUE CAL ADJUNTAR

- **Fotocòpia de la targeta de la seguretat social i (si ho desitgeu) d'una mútua d'assegurances**

<sup>3</sup> 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.