



Autorització de participació + fitxa de salut

Dades de l'activitat

Centre d'educació en el lleure:

ESTADES DE LLEURE D'ALPICAT 2019

Entitat organitzadora:

AJUNTAMENT D'ALPICAT

Entitat promotora:

AJUNTAMENT D'ALPICAT

Dates i lloc de realització:

1r torn: del 1 al 12 de juliol de 2019 2n torn: del 15 al 26 de juliol de 2019

Dades del participant

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Telèfon 1:

Telèfon 2:

Telèfon 3:

Correu electrònic(2):

(2) Poseu el correu electrònic que s'entengui bé

Documents que cal presentar per fer la inscripció

- 1) Aquests fulls de dades (Dues pàgines) degudament signats pels pares o tutor
- 2) Fotocòpia de la targeta de la seguretat social o de la mútua on està inscrit/a

Autorització de participació

Autoritzo al meu fill/a o tutelat/da quines dades consten més amunt a participar a totes les activitats programades en aquesta activitat de lleure en el qual s'inscriu.

Tanmateix l'autoritzo expressament per a:

- Que pugui ser atès 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.
- Que el personal responsable d'aquesta activitat el pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica, emprant les mesures de seguretat pertinents.
- Banyar-se a la piscina en l'horari programat sota la supervisió de l'equip de dirigents
- Realitzar activitats especials de risc o físicoesportives (*totes les que consten en el díptic informació de les estades de lleure*)

Indiqueu posant una creu si l'autoritzeu o no a:

- Tornar tot sol/a a casa finalitzada l'activitat: Sí No. Amb un altre membre familiar :

El dia _____

Durant el període que duri les estades de lleure

- Altres autoritzacions que facin falta segon l'activitat: Sí No

AUTORITZACIÓ DRET D'IMATGE

Els pares, tutors o representants legals del menor d'edat també presten de forma expressa e inequívoca el seu consentiment, a efectes del previst a l'art. 3 la llei 1/1982 de protecció de l'honor, intimitat i pròpia imatge i art. 4 de la llei 1/1996 de protecció del menor per a que l'Ajuntament d'Alpicat pugui difondre informació relacionada amb el menor, el que inclou també les imatges i altres dades identificatives a la plana web, a diaris i/o publicacions periòdiques del nostre municipi, com ara: la revista El nou pinetell i CD recull fotogràfic per cedir a les famílies interessades. No autoritzo el dret d'imatge (cal marcar aquesta icona si s'escau)

AUTORITZACIÓ DE SORTIDES

Autoritzo a realitzar sortides del recinte del Parc del Graó sempre que l'equip tècnic de la regidoria d'esports de l'Ajuntament ho consideri adient.

Firma del pare/mare o tutor/a

Nom i cognoms de qui firma:.....

DNI de qui firma:.....

Data:de del 201...

Condicions de participació

Cal marcar aquesta autorització.

Autoritzo la cessió de dades personals a l'Ajuntament d'Alpicat del meu infant o jove.

En compliment al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades) (DOUE 4.5.2016), els informem que les dades personals que ens comunica en aquest acte i/o amb posterioritat, INCLOSES LES DADES DE SALUT DEL MENOR D'EDAT, seran tractades en un fitxer responsabilitat de l'Ajuntament d'Alpicat, amb domicili al carrer de Lleida núm. 42 25110 Alpicat, amb la finalitat de crear una BASE DE DADES D'INTERESSATS EN PARTICIPAR EN LES ESTADES DE LLEURE D'ALPICAT com a responsable del fitxer, us informem que les dades personals que en aquest acte i en el futur ens faciliteu i totes aquelles a les que accedim durant la relació establerta, inclosa l'adreça de correu electrònic, seran tractades en un fitxer. Les persones destinatàries de la informació són tots els departaments en què s'organitza, amb les finalitats establertes en el fitxer corresponent.

Amb la signatura d'aquesta butlleta els pares, tutors o representants legals del menor d'edat presten de forma expressa e inequívoca el seu consentiment d'acord amb l'article 6 i 7 de la llei LOPD per a que l'Ajuntament d'Alpicat tracti les dades personals dels pares, tutors o representants legals i dels menors, específicament les seves dades de salut amb les finalitats indicades.



Autorització de participació + fitxa de salut

El pares, tutors o representants legals manifesten que les dades subministrades son exactes, responen a la realitat i estan actualitzades obligant-se a comunicar de forma immediata qualsevol modificació a l'Ajuntament d'Alpicat.

Els afectats podran adreçar-se a l'Ajuntament d'Alpicat com a responsable del fitxer per a exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a l'ús, la cessió de les mateixes així com a revocar el consentiment atorgat mitjançant una sol·licitud escrita i signada adreçada al carrer de Lleida, 42 que contindrà el nom i cognoms de l'afectat i dels pares, tutors o representants legals, domicili a efectes de notificacions, fotocòpia del DNI i dret exercit.

Els pares, tutors o representants legals també presten el seu consentiment exprés per a que les dades personals, incloses les de salut, puguin cedir-se a aquelles Administracions Públiques, empreses o particulars només quan sigui imprescindible per al desenvolupament, compliment o control dels serveis descrits.

Fitxa de salut

Ompliu la fitxa de salut amb totes aquelles dades que creieu necessàries que ens heu d'informar. La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 267/2016 de 5 de juliol, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat de conformitat amb la LOPD.

Nom i cognoms de l'inscrit/a:.....

Calendari de vacunació:

- Sí, el meu fill/a té al corrent el calendari de vacunació.
- No, indiqueu el perquè:

Impediments físics o psíquics:

Indiqueu si el vostre fill o filla té algun impediment que hàgim de tenir en compte

Malalties cròniques i/o al·lèrgies:

Indiqueu si el vostre fill o filla té alguna malaltia crònica o recurrent que hàgim de tenir en compte.

Indiqueu si té alguna al·lèrgia o intolerància i quines mesures hem de prendre

Medicació amb indicació d'horaris i quantitat:

Indiqueu si el vostre fill o filla s'ha de prendre algun medicament indicant horaris i quantitats

El medicament l'heu d'entregar al director/a de l'activitat el primer dia en arribar

Possible règim que escaigui:

Indiqueu clarament si hi ha alguna cosa que el vostre fill o filla no pot menjar

Informació de qualsevol altre qüestió que es consideri necessària:

Indiqueu qualsevol altre qüestió que considereu necessari que sapiguem, com per exemple donant resposta a les preguntes següents: *En les excursions, es fatiga aviat? Es mareja amb facilitat? Sap nedar? Dorm be? Quantes hores dorm normalment? És sonàmbul? Té insomni? Té problemes d'enuresi? Porta algun aparell dental? Es posa malalt amb freqüència? De què?*

Firma del pare/mare o tutor/a

Nom i cognoms de qui firma:.....

DNI de qui firma:.....

Data:de del 201...