

INFANT QUE S'INSCRIU:

1r COGNOM	2n COGNOM	NOM	CURS	DATA NAIXEMENT

DADES PERSONALS

Adreça:	
CP:	Població:
Participa durant el curs en activitats d'esplai? Si No	
En cas de respondre SI, Quines?:	

Fotografia
PARES / TUTORS
1:

Nom:		Telèfon:	
E-Mail:		Mòbil:	

2:

Nom:		Telèfon:	
E-Mail:		Mòbil:	

3:

Nom:		Telèfon:	
E-Mail:		Mòbil:	

DOCUMENTACIÓ LLIBRADA	Marcar amb una X per l'inscriptor en el moment del lliurament
Butlleta d'inscripció	
Fotografia	
Fotocòpia Targeta sanitària	
Fotocòpia Carnet de vacunacions	
Comprovant del pagament	

SALUT

Pateix alguna malaltia (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)?			
Es propens/a a tenir febre?	Si	No	
Té problemes amb la vista o l'oïda?	Si	No	Quins?
Té alguna discapacitat?	Si	No	De quin tipus? Física psíquica sensorial
Quina?			
Té alguna dificultat motriu?	Si	No	Quina?
Es cansa fàcilment?	Si	No	
Dorm bé?	Si	No	
Quantes hores dorm normalment?			
Té problemes d'enuresi ?	Si	No	Diürn / nocturn?
Es mareja amb facilitat?	Si	No	
Pren alguna medicació especial?	Si	No	
En cas de respondre SI, caldrà adjuntar la recepta mèdica amb la dosi i l'hora de la toma i omplir l'autorització per administrar medicaments.			
OBSERVACIONS			

ALIMENTACIÓ *

Té al·lèrgia a algun aliment?	Si	No
En cas de respondre SI, a quin?		
Segueix algun tipus de dieta especial (lactosa, cel·líac...)?	Si	No
En cas de respondre SI, de quin tipus?		

* En cas d'al·lèrgia, caldrà adjuntar còpia del certificat mèdic, juntament amb la butlleta d'inscripció.

MODALITATS D'INSCRIPCIÓ *:

	AM	MD	MDT
Del 28/02/11 al 04/03/11			

En cas de voler fer ús del Servei d'Acol·lida durant el casal, marqueu la casella que us interressi:

- si és usuari habitual del servei durant el curs escolar:

SAM	½ SAM	SAT

- si **NO** és usuari habitual del servei durant el curs escolar:

SAM	½ SAM	SAT

* Explicació de les sigles:

Servei Acol·lida Matí de 7:45h-9h (SAM)

Servei Acol·lida Matí de 8:30h-9h (1/2 SAM)

Servei Acol·lida Tarda de 17:00h-18:30h (SAT)

Matí de 9h-13h (M)

Matí i dinar de 9h-15h (MD)

Matí, dinar i tarda 9h-17h (MDT)

AUTORITZACIÓ DE PARTICIPACIÓ:

En/na amb DNI número com a (1) d'en/de na l'autoritza a participar en l'activitat de referència.

De la mateixa manera, es declara coneixedor de les condicions de participació, del projecte pedagògic i de la normativa de l'activitat, acceptant-les a través d'aquesta signatura.

Aquesta autorització es fa extensiva a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència i sota la direcció facultativa adequada.

(1) pare, mare o tutor

SIGNATURA

....., a de de

CERTIFICAT D'APTITUD:

El certificat d'aptitud cal ésser signat obligatòriament. N'hi ha prou amb que s'ompli una de les dues opcions: els pares o el metge. En cas de no adjuntar la fotocòpia del carnet de vacunacions, caldrà obligatòriament la signatura del metge.

A omplir pel pare, mare o tutor:

En/na certifica que en/na està protegit amb les vacunes assenyalades en la normativa vigent.

SIGNATURA

A omplir pel metge:

El Dr. llicenciat en medicina i cirurgia i col·legiat amb el número certifica que en/na ha estat protegit amb les vacunes assenyalades en la normativa sanitària vigent, i fa constar que l'ha reconegut amb el resultat següent:

SIGNATURA

....., a de de

Als efectes del que disposa l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal, pel que es regula el dret d'informació en la recollida de dades, i la LSSICE 34/2002, de 11 de juliol, de la Societat de la Informació i de Comerç Electrònic informem que les seves dades personals quedaran incorporades i seran tractades dins d'un fitxer titularitat de SANED, S.A., amb la finalitat de poder satisfer el servei així com per informar-li per mitjans electrònics o postals de les nostres novetats. Mitjançant la complimentació i enviament del corresponent Formulari, l'Usuari accepta i autoritza que les seves dades personals siguin objecte de tractament automatitzat per part de SANED, S.A. Vostè podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició previstos en la Llei, enviant un escrit a SANED, S.A., amb adreça al C/ JAUME ISERN, 55 08302 MATARO (BARCELONA).

En el cas que Vostè inclogui en aquest formulari dades de caràcter personal titularitat de tercers haurà de, amb caràcter previ a la seva inclusió, obtenir el seu consentiment i informar-li de tots els continguts mencionats en el paràgraf anterior. Els usuaris garanteixen i responen, en qualsevol cas, de la veracitat, exactitud, vigència i autenticitat de les Dades Personals facilitades, i es comprometen a mantenir-les degudament actualitzades.

Així mateix, us informem que durant l'activitat SANED pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual de les activitats i serveis que porta a terme, i utilitzar-los amb fins propis. En cas que no vulgueu que el vostre fill/a apareixi en aquest tipus de reportatges, cal que ens ho indiqueu marcant aquesta casella ☐ .