



INSCRIPCIÓ ESQUIADA 2026
SANT VICENÇ DE MONTALT



NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE/A (Amb lletres majúscules)

DATA DE NAIXAMENT

CURS

ADREÇA / POBLACIÓ

E-MAIL

TELÈFONS DE CONTACTE

NIVELL D'ESQUIAR: (Marcar amb un cercle)

DEBUTANT	INICIAT	AVANÇAT	EXPERT
----------	---------	---------	--------

ESQUÍ? ☐ SNOW? ☐ (En cas de no sortir grup haurà de fer esquí)

DNI

NÚMERO TARGETA SANITÀRIA

AUTORITZACIÓ:

ASSISTÈNCIA

En/Na _____, com a pare / mare / tutor legal del nen/a AUTORITZO que el meu fill/a assisteixi com alumne/a a l'activitat de l'Esquiada 2026 Sant Vicenç de Montalt, els dies establerts per aquesta activitat que es realitzarà a Puigcerdà/França.

Signatura

PAGAMENT

A través de transferència bancària al compte corrent de l'Associació Esportiva Sant Vicenç de Montalt ES95 2100 1372 9202 0015 6360. (Nom concepte: Esquiada + NOM PARTICIPANT)

Amb el full d'inscripció serà necessari adjuntar:

- * El comprovant de la primera transferència bancària (30% del total)
- * Fotocòpia del DNI del participant i DNI del pare/mare /tutor/a.
- *Fotocòpia de la targeta sanitària i en cas de tenir la Europea també.
- *Fitxa sanitària de l'alumne/a (Adjunta a continuació).
- *Autorització de la policia local per sortir del país. (Demandar cita prèvia i preguntar què heu de portar a la Policia Local 93 791 04 09)



INSCRIPCIÓ ESQUIADA 2026 SANT VICENÇ DE MONTALT



DRET D'IMATGE

Donat que el dret a la pròpia imatge es troba recollit a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, la coordinació d'aquestes activitats demana el consentiment als pares o tutors legals per poder publicar fotografies on apareguin els seus fills i filles i hi siguin clarament identificables.

Atès el 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).

Jo, _____, proveït de DNI _____ en qualitat de pare/mare/tutor/a de _____, autoritzo a l'Ajuntament i l'Associació Esportiva de Sant Vicenç de Montalt perquè la seva imatge pugui aparèixer en fotografies corresponents a l'Esquiada 2026 de Sant Vicenç de Montalt organitzada per la Regidoria d'Esports de l'Ajuntament de Sant Vicenç de Montalt:

- * Les pàgines web de l'Ajuntament i l'Associació.
- * Filmacions destinades a difusió pública no comercial.
- * Fotografies per a revistes o publicacions d'àmbit educatiu.
- * Díptics o cartells informatius de la mateixa.

Dades familiars:

Adreça: _____

Telèfon de contacte: _____

Data: _____

Lloc: _____

Signatura:

L'Ajuntament sol·licita aquestes dades complint les condicions de seguretat i confidencialitat exigides per la legislació vigent en cada cas.

L'Ajuntament garanteix la confidencialitat en el tractament de les dades de caràcter personal que es recullen en aquesta autorització, així com la implementació de les mesures, d'ordre tècnic i organitzatiu, que garanteixen la seguretat d'aquestes dades.

Podeu exercir els vostres drets d'accés, cancel·lació, rectificació o oposició, previstos 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).

Per a l'exercici d'aquests drets, l'interessat pot dirigir-se a:

Associació Esportiva Sant Vicenç de Montalt

Av. Toni Sors, sn

Sant Vicenç de Montalt 08394

Tel. 93-791 13 58



INSCRIPCIÓ ESQUIADA 2026
SANT VICENÇ DE MONTALT



FITXA SANITÀRIA DE L'ALUMNE/A

EDAT: PES (KG): ALÇADA (cm): NUM. PEU:

Malalties passades:

☐ Varicel·la ☐ Hepatitis ☐ Asma ☐ Cardiaques ☐ Altres:

Malalties que té sovint:

☐ Mal de panxa ☐ Insomni ☐ Mareig
☐ Mal de cap ☐ Refredats / gripes ☐ Angines (mal de coll), faringitis
☐ Otitis ☐ Hemorràgies

Pateix actualment alguna malaltia? O malaltia crònica?	☐	Si	☐	No	Quina?
Segueix actualment algun tractament mèdic?	☐	Si	☐	No	Quin?
És al·lèrgic a algun tractament mèdic?	☐	Si	☐	No	Quin?
S'ha posat totes les vacunes segons el calendari de vacunes?	☐	Si	☐	No	Data última dosi antitetànica:
Quan té febre, pren algun medicament?	☐	Si	☐	No	Quin?
Ha tingut alguna intervenció quirúrgica al llarg de la seva vida?	☐	Si	☐	No	Quina?

Hàbits alimentaris:

Té algun tipus d'al·lèrgia o intolerància alimentària?

Segueix alguna dieta o règim especial?

Número d'àpats que fa al dia:

Signatura