

SUNNY SUMMER2014

Núm. Inscripció: _____

Data: _____

COGNOMS: _____ NOM: _____

DATA DE NAIXEMENT: _____ EDAT: _____ CURS ESCOLAR: _____

ADREÇA: _____

NÚMERO: _____ BLOC: _____ ESCALA: _____ PIS: _____ PORTA: _____

POBLACIÓ: _____ C.P.: _____

TELÈFONS DE CONTACTE: _____ / _____ / _____

DADES DE LA PERSONA PROGENITOR/TUTOR/TUTORA I DE CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA:

COGNOMS: _____ NOM: _____

RELACIÓ PARENTAL AMB EL/LA PARTICIPANT: Pare - Mare - Tutor/a legal - Altres: _____

ADREÇA: _____

NÚMERO: _____ BLOC: _____ ESCALA: _____ PIS: _____ PORTA: _____

POBLACIÓ: _____ C.P.: _____

TELÈFON FIX: _____ TELÈFON MÒBIL: _____

Jo, _____ amb DNI núm. _____

i com a pare/mare o tutor/a legal del nen/a _____,

l'autoritzo a participar en totes les activitats organitzades per l'Ajuntament de La Secuita, juntament amb l'Ajuntament de Perafort i Puigdelfí i l'AMPA de l'escola Guillem de Claramunt, que es puguin dur a terme en el transcurs de l'assistència del meu fill/a.

DOCUMENTACIÓ QUE S'ADJUNTA

- 1- Full inscripció.
- 2- Fotocòpia DNI adult que signa.
- 3- Fotocòpia targeta sanitària de l'infant.
- 4- Fitxa mèdica (si s'escau).
- 5- Resguard bancari.

ASSISTÈNCIA (a omplir per l'ajuntament)

	25/06 a 11/07 de matí
	25/06 a 11/07 de matí + tarda
	14/07 a 31/07 de matí
	14/07 a 31/07 de matí + tarda
	01/08 a 14/08 de matí
	01/08 a 14/08 de matí + tarda

INFORMACIÓ RELATIVA AL TRACTAMENT SOBRE DADES DE CARÀCTER PERSONAL I ELS DRETS D'IMATGE:

Les dades de caràcter personal facilitades a aquest Ajuntament seran tractades d'acord amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (B.O.E. 298 de 14 de desembre de 1999). Respecte de les mateixes podran exercitar el dret d'accés, el dret de rectificació, el dret de cancel·lació i el dret d'oposició d'acord amb el previst a l'esmentada Llei i utilitzant els models de formularis que tenim a la vostra disposició.

Atès que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, amb la meua signatura en aquest document permeto publicar imatges del meu fill/a, individuals o grupals, en mitjans de difusió pública no comercial.

INFORMACIÓ PERSONAL

Sap nedar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pateix hemorràgies nasals? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Es cansa molt aviat a les excursions? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es mareja amb facilitat? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Té dificultat a l'hora de menjar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
És al·lèrgic/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	A què?	
Pren algun medicament per l'al·lèrgia?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quin?	
Segueix algun règim especial?	Dieta	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Motiu	
Té alguna dificultat intel·lectual o d'aprenentatge?	Necessitats especials	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quina?	
Té alguna dificultat motora?	Necessitats especials	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quina?	
Té cap discapacitat o pateix cap malaltia psíquica o psicològica?	Necessitats especials	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Quina?	
Necessita cap tractament farmacològic o d'una altra mena per alguns dels motius anteriors?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Quin?	Dosi i administració	
Ha estat intervingut/da quirúrgicament?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	De què?	
Pren algun medicament?	Quin?	Dosi i administració
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Es posa malalt/a sovint?	Per quin motiu?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Observacions:		

DECLARO/AUTORITZO

- 1- Que les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/da a comunicar al personal del casal d'estiu qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
- 2- Que autoritzo que el meu fill/a o tutelat/da a assistir al Casal d'estiu d'acord amb les condicions establertes: Aquesta autorització és extensiva a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sempre a l'empareda de la pertinent direcció facultativa.
- 3- Autoritzo al meu fill/a a participar de les activitats complementàries que es realitzaran, així com sortides pel municipi.
- 4- Autoritzo que el personal responsable administri la medicació que s'especifica en aquest document.
- 5- Autoritzo a l'ajuntament de La Secuita a fer fotografies/filmacions de les activitats i participants durant el desenvolupament del Casal d'estiu, per fer-ne ús en el marc de les actuacions, per tota la durada dels drets d'imatge, i autoritza expressament a aquestes dues entitats a la seva difusió, transformació i reproducció.

Signatura, població i data:

FOTOCÒPIA D.N.I
DE L'ADULT QUE SIGNA
L'AUTORITZACIÓ
1ª CARA

FOTOCÒPIA D.N.I
DE L'ADULT QUE SIGNA
L'AUTORITZACIÓ
2ª CARA

FOTOCÒPIA TARGETA
SANITÀRIA DE L'INFANT