



## Fitxa d'Inscripció

### Dades de l'Activitat

#### Colònies Xiroienques 2016

Colònia	2015-16	Estiu
Data d'Inici: 14/07/2016	Data Final: 23/07/2016	
Lloc de Realització: Casa de Colònies Penyafort	Adreça: Molí de baix s/n Pontons	

### Autorització

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare, mare o tutor/a d'en/na \_\_\_\_\_ l'autoritza a participar a l'activitat de referència que consta a l'encapçalament d'aquest mateix imprès. Igualment, es declara coneixedor de la normativa i condicions de participació i del projecte educatiu de l'entitat organitzadora, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura.

Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència i sota la direcció facultativa adequada. També autoritza a l'entitat a traslladar el participant amb el vehicle que es consideri oportú

I alhora consento expressament i autoritzo al/a la **Centre d'Esplai Xiroia** a tractar i cedir les dades que voluntàriament dono, i per realitzar i publicar les imatges del participant, d'acord amb el tractament i finalitat que s'indica en aquest mateix imprès. \*

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\*El/la **Centre d'Esplai Xiroia** us informa que disposa de l'aplicació informàtica GESPLAI que li permet disposar d'un fitxer automatitzat de dades de caràcter personal, així com un arxiu documental i un altre audiovisual general que contenen dades i informació de caràcter personal.

La finalitat de la seva creació, existència, manteniment i ús és el tractament de la informació i les dades amb la finalitat de prestar els serveis i activitats que ens sol·liciteu, mantenir-vos informats de les nostres activitats i donar compliment les finalitats de l'entitat.

Els destinataris de la informació i de les dades són tots els departaments, entitats federatives i col·laboradors del/de la **Centre d'Esplai Xiroia** que siguin necessaris per al compliment de les finalitats expressades al paràgraf anterior, els estaments oficials als quals estem obligats a cedir les seves dades, així com els centres sanitaris corresponents en cas d'urgència.

\*El/la **Centre d'Esplai Xiroia** en el desenvolupament dels seus serveis i activitats pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual als participants i podrà, amb les finalitats esmentades, publicar-les en els seus mitjans propis, com ara, pàgines web, revistes, altres publicacions, catàlegs comercials de difusió d'activitats o cedir-los a entitats federatives, col·laboradores o d'informació general (mitjans de comunicació).

La negativa a facilitar les dades demanades suposarà la impossibilitat de ser atès ordinàriament en els activitats i serveis. En tot cas i en qualsevol moment, podeu consultar, accedir, rectificar, cancel·lar o bé oposar-vos a que tractem les vostres dades dirigint-vos a la nostra entitat. Tot això segons el que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, el RD 1720/2007 de 21 de desembre de desenvolupament de la mateixa, la Llei 34/2002, de 11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i del comerç electrònic i les Directives 95/46/CE i 2000/31/CE.

L'Aplicació Informàtica GESPLAI ha estat desenvolupada i és propietat de la Fundació Pere Tarrés. El/La **Centre d'Esplai Xiroia** disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

### Normativa Interna del'Esplai

- Segons la normativa de l'esplai podem fer fora de l'activitat durant aquesta, si ho considerem convenient. Sempre amb decisió de l'equip i avisant a la família corresponent.
- En cas de no venir a les colònies, la decisió de retornar els diners quedarà sota la responsabilitat de l'equip de monitors i monitores. I es decidirà segons el cost de l'infant (Casa, autocars, material...)

## Dades del Participant

Nom: \_\_\_\_\_ Cognoms: \_\_\_\_\_

Data de Naixement: \_\_\_\_\_ Data del Sant: \_\_\_\_\_ Tel. mòbil del participant (si en té): \_\_\_\_\_

E-mail del participant (si en té): \_\_\_\_\_ Curs Escolar: \_\_\_\_\_

Telèfon fix: \_\_\_\_\_ Correu electrònic de la família: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_ Núm.: \_\_\_\_\_ Esc.: \_\_\_\_\_ Pis: \_\_\_\_\_ Porta: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_ Comarca: \_\_\_\_\_

Nom Pare/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel. Pare: \_\_\_\_\_ E-mail Pare: \_\_\_\_\_

Nom Mare/Turora: \_\_\_\_\_ Tel. Mare: \_\_\_\_\_ E-mail Mare: \_\_\_\_\_

Nombre de germans: \_\_\_\_\_ Nombre de germanes: \_\_\_\_\_ Lloc que ocupa: \_\_\_\_\_

## Fitxa de Salut

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc.)

Té problemes amb la vista i l'oïda?  Sí  No Quins? \_\_\_\_\_

Té alguna disminució?  Sí  No De quin tipus?  Física  Psíquica  Sensorial. Quina? \_\_\_\_\_

Té alguna dificultat motriu?  Sí  No Quina? \_\_\_\_\_

Es fatiga fàcilment?  Sí  No És hàbil?  Sí  No Es mareja fàcilment?  Sí  No Sap nedar?  Sí  No

Dorm bé?  Sí  No Té insomni?  Sí  No Quantes hores dorm normalment? \_\_\_\_\_

Té problemes d'enuresi?  Sí  No.  Diürn  Nocturn Menja  De tot  Algunes coses Quantitat  molt  poc

Emmalalteix amb freqüència?  Sí  No De què? \_\_\_\_\_

Pren alguna medicació especial?  Sí  No (En cas afirmatiu i en el cas que el participant requereixi el tractament durant l'activitat, caldrà que ens autoritzeu a administrar medicaments.)

Segueix algun règim especial?  Sí  No De quin tipus? \_\_\_\_\_

Porta plantilles?  Sí  No Porta ortodòncia?  Sí  No

Observacions (indiqueu aquí aquells aspectes que calgui informar i que no hagueu vist tractats en les preguntes anteriors):

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ certifica que l'infant \_\_\_\_\_ està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent i que el seu estat de salut és:  Bo  Altre: \_\_\_\_\_

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



## Autorització per l'administració de medicaments

Cal que lliureu aquesta autorització només en el cas que el participant de l'activitat hagi de prendre medicaments durant la realització de la mateixa. Segons indica la normativa en activitats d'educació en el lleure, per tal que un participant pugui prendre medicaments cal que el pare/mare/tutor/a d'aquest hagi lliurat aquesta autorització indicant el medicament, la dosi i l'horari en que s'ha d'administrar.

Si en disposeu, adjunteu a aquest imprès la recepta o document de prescripció mèdica lliurada i signada pel facultatiu mèdic que us l'ha emès.

Caldrà lliurar els medicaments als responsables de l'activitat perquè en puguin disposar durant el desenvolupament de l'activitat.

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare/mare/tutor/a del participant \_\_\_\_\_ autoritza als responsables de l'activitat **Colònies Xiroienques 2016** a administrar els medicaments que segueixen amb les dosis que s'especifiquen.

Medicament (1)	Dia (2)	Hora	Dosi	Hora	Dosi	Hora	Dosi

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a

\_\_\_\_\_, a \_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(1) Nom complet del medicament. Especifiquen-lo amb tota l'exactitud possible.

(2) Quantitat i vegades al dia i la dosi a administrar.