



FITXA D'INSCRIPCIÓ I DE SALUT

Esplai Sant Llorenç
Entitat d'Educació en el Lleure
Sant Feliu de Llobregat

FOTOGRAFIA
DE EL/LA
PARTICIPANT

Dades de l'Entitat

Nom: Esplai Sant Llorenç

Horari de l'activitat ordinària: dissabtes de 16h a 18h

Lloc: C/Daoíz i Velarde, 7 esq. 08980, St. Feliu de Llobregat

Calendari: de setembre a juliol

Autorització

Jo, En/na _____ amb DNI _____
com a tutor/a d'en/na _____ l'autoritza a participar a l'activitat de referència que consta a l'encapçalament d'aquest mateix imprès així com també a les activitats extraordinàries organitzades per aquesta entitat. 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 Centre d'Esplai Sant Llorenç 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 Tutor/a

_____, a _____ de/d' _____ de _____

*El/La **Centre d'Esplai Sant Llorenç** 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 Centre d'Esplai Sant Llorenç 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 Centre d'Esplai Sant Llorenç 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, xarxes socials, 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 Sant Llorenç disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

Dades del Participant

Nom: _____ Cognoms: _____
Data de Naixement: ____/____/____
DNI (si en té) _____ N°Targeta CatSalut _____
Tel. mòbil del participant (si en té): _____ Correu electrònic (si en té): _____
Telèfon fix: _____ Correu electrònic de la família: _____
Adreça: _____ Núm.: _____ Esc.: _____ Pis: _____ Porta: _____
CP: _____ Població: _____ Comarca: _____

Dades familiars (tutor o tutors legals):

Nom: _____ Telèfon: _____ Correu electrònic: _____
Nom: _____ Telèfon: _____ Correu electrònic: _____
Persones en la unitat familiar: _____ (dels quals) menors: _____

Fitxa Salut:

Pateix alguna malaltia? _____ Té alguna al·lèrgia / intolerància? _____
Té problemes amb la vista i/o l'oïda? Quins? _____
Té alguna discapacitat? De quin tipus? ☐ Física ☐ Psíquica ☐ Sensorial. Quina? _____
Té alguna dificultat motriu? Quina? _____
Es fatiga fàcil? ☐ Sí ☐ No Es mareja fàcil? ☐ Sí ☐ No Sap nedar? ☐ Sí ☐ No Menja ☐ De tot ☐ Algunes coses Quantitat ☐ molt ☐ poc
Dorm bé? ☐ Sí ☐ No Té insomni? ☐ Sí ☐ No Quantes hores dorm normalment? _____
Té problemes d'enuresi (incontinència urinària)? ☐ Sí ☐ No / ☐ Diürn ☐ Nocturn
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 adjuntant la recepta mèdica)
Segueix alguna dieta especial (règim, vegetarianisme, veganisme)? ☐ Sí ☐ No Quina? _____

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

Jo, En/na _____ amb DNI _____ certifica
que _____ està protegit/da amb les vacunes segons el Calendari de
Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya.

SIGNATURA del Tutor/a

_____, a ____ de/d' _____ de _____



Autorització de Cobrament Bancari

Família: _____ Pagament: ☐ Transferència ☐ Metà·lic ☐ Domiciliació
En/na _____ amb DNI _____
com a titular del compte corrent _____ - _____ - _____ - _____ - _____, autoritzo el cobrament a
favor de l'Esplai Sant Llorenç de l'import de les quotes que estableixi l'entitat.
Adreça completa del titular: _____ CP: _____ Població: _____

SIGNATURA de el/la titular del compte