

## FITXA D'AUTORITZACIÓ CURS 20\_\_-20\_\_

### DADES DEL/LA PARTICIPANT

NOM		COGNOMS			
DATA DE NAIXEMENT		LLOC DE NAIXEMENT			
CENTRE D'ESTUDI		CURS			
TIPUS DE VIA	NOM DE LA VIA	NÚM.	BLOC ESCALA	PIS	PORTA
CODI POSTAL	POBLACIÓ	PROVÍNCIA			
TELÈFON FIX	TELÈFON MÒBIL (infant/jove)	ADREÇA ELECTRÒNICA (infant/jove)			
NÚMERO DNI <sup>1</sup> (infant/jove)		NÚMERO CIP CatSalut (infant/jove)			
LLENGUA QUE PARLA HABITUALMENT					

### DADES FAMILIARS I DE CONTACTE

TUTOR/A 1					
TELÈFON	NOM	COGNOMS			
ADREÇA ELECTRÒNICA		PROFESSIÓ			
TUTOR/A 2					
TELÈFON	NOM	COGNOMS			
ADREÇA ELECTRÒNICA		PROFESSIÓ			
NOMBRE TOTAL GERMANS/ES		EDAT/S	POSICIÓ		

## DADES SANITÀRIES

AL·LÈRGIES	TRACTAMENT	GRUP SANGUINI
MALALTIES SOFERTES (varicel·la, xarampió...)	MALALTIES CRÒNIQUES (asma...)	
MALALTIES FREQUËNTS (otitis, diarrees, restrenyiment, angines, epistaxis...)		
HÀBITS PSICOLÒGICS (somniaambulisme, enuresi, malsons...)	FÒBIES (foscor, aigua...)	

\*si l'infant/jove ha de prendre algun medicament, cal portar, juntament amb el fàrmac, la recepta mèdica, les indicacions d'administració i l'autorització pertinent.

## ALTRES DADES D'INTERÈS

Dorm bé?	Es mareja sovint?
Menja bé?	Acostumat/da a caminar?
Sap nedar?	Coneixeu el PEC <sup>2</sup> de l'esplai?

OBSERVACIONS:

BREU DESCRIPCIÓ DE L'INFANT/JOVE:

COM HEU CONEGUT L'ESPLAI? (pàgina web, amic/s, activitats al barri, Esplac...)

## AUTORITZACIÓ

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, com a pare/mare o tutor/a, AUTORITZO a l'infant \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ a participar a les activitats organitzades pel Centre d'Esplai Boix amb CIF G617934393 durant el curs (o els dies dies) \_\_\_\_\_, quedant incloses les activitats d'estiu, i de les que manifesto conèixer el seu programa d'activitats.

Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ per tal de:

- Que la imatge de l'infant pugui aparèixer en les fotografies i enregistraments de vídeo que es facin durant l'activitat i que es compartiran amb totes les famílies i monitores de manera privada.
- Que l'infant pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i es puguin prendre les decisions mèdiques per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència.

- Que es pugui transportar l'infant en un vehicle privat de l'organització a un centre sanitari, sempre que es necessiti atenció mèdica i prèvia indicació de les autoritats sanitàries pertinents (112).
- Que se li puguin fer les cures pertinents i els primers auxilis a l'infant en cas de ferides lleus, sempre prèvia revisió de la seva fitxa de salut. Que l'infant es pugui banyar en piscines públiques o privades, rius, pantans, basses, llacs o al mar.

Així mateix,

[ ] **SI** / [ ] **NO** Autoritzo a que l'infant pugui tornar sol/a a casa un cop finalitzada l'activitat, sota la meua responsabilitat.

Igualment, en cas de produir-se qualsevol circumstància anòmla (malaltia, mal comportament, ...) que, a judici de l'equip dirigent de l'activitat, impliqués l'abandonament de l'activitat per part del/la meu/meua fill/a, em comprometo a recollir-lo/a al lloc de l'estada.

a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

Signatura:

- .
- .
- .
- .

---

<sup>1</sup>El DNI és obligatori a partir dels 14 anys d'edat (Llei Orgànica 1/1992, de 21 de febrer, sobre protecció de la seguretat ciutadana).

<sup>2</sup>Projecte Educatiu de Centre

Protecció de dades: En virtut del dispostat al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, i a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, us informem que les vostres dades personals quedaran incorporades i seran tractades als fitxers del Centre d'Esplai Boix, amb la finalitat de gestionar i coordinar els nostres serveis, realitzar tasques administratives i enviar informació tècnica que pugui ser del vostre interès.

Així mateix, en els casos que no sigueu vosaltres, us comprometeu de forma expressa a obtenir el consentiment d'aquelles terceres persones que es beneficien de la mateixa, abans de comunicar-nos les seves dades.

Al lliurar-nos les vostres dades accepteu el tractament d'aquestes, per part de l'esplai Boix, i la cessió puntual a d'altres entitats del MLP, així com a d'altres organismes que ens obliguin legalment. Us informem, també, de la possibilitat d'exercir, en qualsevol moment, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i/o oposició de les vostres dades de caràcter personal mitjançant correu electrònic dirigit a [boix@ceboix.org](mailto:boix@ceboix.org) o bé mitjançant escrit dirigit a la seu social de l'esplai al C/ Rocafort 236, baixos. 08029 Barcelona.