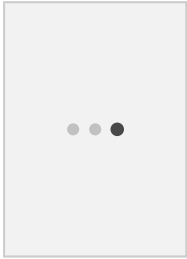


1.

FITXA D'AUTORITZACIÓ CURS 20__-20__

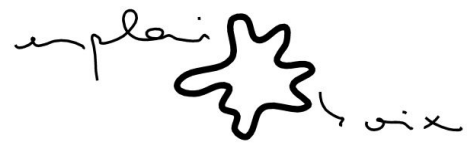


DADES DEL/LA PARTICIPANT

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 ¹ (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 FREQUENTS (otitis, diarrees, restrenyiment, angines, epistaxis...)

HÀBITS PSICOLÒGICS (somnambulisme, 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 PEC² 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 anòma (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:

.
. .
. .
. .

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

²Projecte Educatiu de Centre

Protecció de dades: En virtut del dispost 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 o bé mitjançant escrit dirigit a la seu social de l'esplai al C/ Rocafort 236, baixos. 08029 Barcelona.