

## Fitxa d'Inscripció

### Dades de l'Activitat

#### Curs d'Esplai

Activitat d'Esplai		2019-20	Activitat de Curs				
Data d'Inici:	05/10/2019	Hora d'Inici:	16:00	Data Final:	30/05/2020	Hora Final:	18:00
Lloc de Realització:	Seu Principal de l'entitat		Adreça:	Pg. dels Caputxins 24 Valls			

### Autorització

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a pare,  
mare o tutor/a i 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, **DEMANO I AUTORITZO** al "Responsable del tractament" per a què tracti tota la informació facilitada i  
 la que s'elabori posteriorment i per realitzar i publicar les imatges del participant, en les condicions que consten  
 en el present imprès. \*

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

SIGNATURA del pare, mare o tutor/a

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

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

#### TRACTAMENT DE DADES:

- ✓ **Responsable del tractament:** El/La Centre d'Esplai Esquirols amb domicili a Pg. dels Caputxins 24 43800 Valls .
- ✓ **Finalitat del tractament i període de conservació:** La finalitat de la creació, existència, manteniment i ús del fitxer és el tractament de la informació i les dades amb la finalitat de realitzar les activitats organitzades, mantenir-vos informats i donar compliment les finalitats de l'entitat. Les dades es conservaran fins que revoqueu el consentiment que s'atorga amb aquest document.
- ✓ **Base jurídica del tractament:** Consentiment atorgat amb aquest document, relació contractual i obligació legal.
- ✓ **Destinatari de la informació:** Els destinataris de la informació i de les dades són totes les àrees, entitats federatives i col·laboradores del/de la Centre d'Esplai Esquirols que siguin necessàries per al compliment de les finalitats expressades al paràgraf anterior, els estaments oficials als quals estem obligats a cedir les dades, així com els centres sanitaris corresponents en cas d'urgència.
- ✓ **Exercici de drets:** Teniu dret a accedir al contingut de les dades personals, a rectificar-les i a suprimir-les, a limitar el tractament, a oposar-vos a que les tractem, a consentir expressament la portabilitat de la vostra informació, a no sotmetre-us a decisions individuals automatitzades i a revocar total, o parcialment el consentiment que atorgareu quan signeu aquest document dirigit-vos a nosaltres per escrit a Pg. dels Caputxins 24 43800 Valls o presencialment, facilitant-vos el tràmit adequat a la vostra pretensió.
- ✓ **Conseqüències de la negativa a atorgar consentiment:** La negativa a facilitar les dades sol·licitades, impedirà que puguem gestionar les obligacions que ens vinculen amb vosaltres i poden condicionar la participació a les activitats.
- ✓ **Dret a reclamar:** L'organisme competent per resoldre els conflictes derivats de la signatura d'aquest document és l'Autoritat de Control de Protecció de Dades Espanyola.
- ✓ **Informació:** No s'utilitzen processos automatitzats de creació de perfils.

#### DRETS I UTILITZACIÓ D'IMATGE:

- ✓ El/la Centre d'Esplai Esquirols 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, perfils de xarxes social, revistes, altres publicacions, catàlegs comercials de difusió d'activitats o cedir-los a entitats federatives, col·laboradores o d'informació general (mitjans de comunicació).

## 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: \_\_\_\_\_  
Nº germans: \_\_\_\_\_ Nº germanes: \_\_\_\_\_ Lloc: \_\_\_\_\_ ICS/CAT SALUT: \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_