



# Casal d'Estiu 2019

EMD de L'ESTARTIT



Educació | Lleure | Esport

foto

## DADES IDENTIFICATIVES PARTICIPANT

N<sup>a</sup>

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

Adreça: \_\_\_\_\_ Població: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Telèfon: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Curs escolar: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

## SERVEIS CONTRACTATS (marcar amb X i/o encerclar les opcions escollides)

**Pagament en efectiu o ingrés a BANC DE SABADELL, indicant NOM PARTICIPANT + ESTARTIT CAL ENTREGAR JUSTIFICANT A TOT OCI**

MODALITAT	MATÍ	MENJADOR	TARDA	IMPORTS
JUNY 25 A 29	48 €	44 €	24 €	
JULIOL 1 A 31	208 €	145 €	80 €	
...Quinzena JULIOL	125 €	100 €	60 €	
AGOST 1 A 31	208 €	145 €	80 €	
...Quinzena AGOST	125 €	100 €	60 €	
<input type="checkbox"/> <b>Descompte per família nombrosa (cal còpia carnet)</b> <b>20€/mes – 10€/quinzena</b>				
<b>IMPORT SERVEIS TOTALS.....</b>				

En/Na \_\_\_\_\_, amb Dni, \_\_\_\_\_, i com a pare/mare/tutor del participant identificat desitjo inscriure el meu fill/a en l'activitat/s d'estiu i horaris organitzades per l'EMD DE L'ESTARTIT. Alhora que fa extensiva aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa.

AUTORITZO, donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei 15/99 i RGPD 2016/679 de protecció de dades de caràcter personal, que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats d'esport i lleure organitzades per l'EMD DE L'ESTARTIT, eximint de responsabilitat a partir de la seva difusió tant a l'EMD com a l'entitat gestora Tot Oci SL. En cas contrari ho comunicaré expressament a l'organització.

En cas que el nen/a participant pugui marxar sol/a en finalitzar l'horari d'activitat, marqueu amb un X aquesta casella .

L'Estartit, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

**SIGNATURA:**

CALEN UN MÍNIM DE 15 PARTICIPANTS PER FRANJA HORÀRIA. PLACES LIMITADES, ORDRE INSCRIPCIÓ.

AVÍS SOBRE CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES:

L'informem que omplint aquest document, vostè autoritza a **TOT OCI EDUCACIÓ LLEURE I ESPORT SL** d'acord a la Llei 15/99 i RGPD 2016/679 de protecció de dades de caràcter personal, que les seves dades siguin introduïdes en un fitxer anomenat **FICHERO DE LOS ALUMNOS INSCRITOS EN LOS SERVICIOS DE LA EMPRESA**, a fi de **GESTION DE LOS FICHEROS DE LOS ALUMNOS INSCRITOS EN LOS SERVICIOS DE EDUCACION, OCIO Y DEPORTE** empresa responsable situada C/ Dr Castany 83-85 17190 Salit, a on pot exercitar els drets d'accés rectificació, cancel·lació i oposició de les dades existents en aquest fitxer, en els termes establerts en la Llei Orgànica 15/99, la RGPD 2016/679 de Protecció de Dades de caràcter personal i altre normativa complementària, davant el responsable del fitxer **TOT OCI EDUCACIÓ LLEURE I ESPORT SL** en les nostres oficines o a l'adreça de correu electrònic [totoci@totoci.net](mailto:totoci@totoci.net) havent-se d'identificar mitjançant DNI, passaport o targeta de residència.



# Casal d'Estiu 2019

EMD de L'ESTARTIT



Educació | Lleure | Esport

Adjuntar còpia  
tarja sanitària

## FITXA SANITÀRIA I D'INFORMACIÓ PERSONAL

**NOM DEL NEN/A PARTICIPANT:** \_\_\_\_\_

TELÈFONS DE CONTACTE AMB LA FAMÍLIA:

(en horari de casal) \_\_\_\_\_

### DADES MÈDIQUES:

És al·lèrgic? SI \_\_\_ NO \_\_\_ A què? \_\_\_\_\_

Té reaccions a les picades d'insectes (abelles, vespes,...)? \_\_\_\_\_

És asmàtic? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Tractament \_\_\_\_\_

Malalties a destacar \_\_\_\_\_

Pren alguna medecina especial? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_

*En cas que se li hagi d'administrar medicació en horari de casal caldrà document mèdic indicant dosi i horari.*

Està vacunat contra el tètanus? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Data última dosi \_\_\_\_\_

Nº Seguretat Social (tarja sanitària) \_\_\_\_\_

### DADES D'INTERÈS PRÀCTIC:

**Talla de samarreta** (encercla la sol·licitada): **4/5, 6/8, 10/12, 14, S, M, L, XL**

Necessita una atenció especial? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_

En relació a la seva edat, és un nen/a que menja... POC \_\_\_ MOLT \_\_\_ NORMAL \_\_\_ ALTRES \_\_\_

Hi ha algun aliment que no pugui prendre (cal certificat mèdic i complimentar annex)? \_\_\_\_\_

Sap nedar? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Especificar si és necessària ajuda de "bombolla", flotador, etc... \_\_\_\_\_

Sap anar en bicicleta amb autonomia i podrà utilitzar-la per desplaçaments? SI \_\_\_ NO \_\_\_

**Altres especificacions de qualsevol mena que siguin d'interès (horaris, comportaments... etc):**

L'Estartit, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Signatura,

Nom del signant: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Parentesc amb el participant:  PARE  MARE i/o  TUTOR LEGAL

**CAL ADJUNTAR FOTO DEL/ DE LA PARTICIPANT I CÒPIA DE LA TARJA SANITÀRIA.**

**Reunió informativa i organitzativa: DIMARTS 4 DE JUNY, 20H, A L'EMD DE L'ESTARTIT (c/del Port 25)**