



# INSCRIPCIÓ CAMPAMENTS 2024

CEIJ GAVINA

Nº Inscripció: \_\_\_\_\_

CAMPAMENTS 1r Torn:

2n fill/a act.: Sí  No

COST TOTAL: \_\_\_\_\_

## DADES PERSONALS PARTICIPANT

Nom: \_\_\_\_\_ Cognoms: \_\_\_\_\_ Data naixement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Escola: \_\_\_\_\_ Curs: \_\_\_\_\_ Sexe: nen  nena  altres   
Adreça: \_\_\_\_\_ Núm i pis/porta: \_\_\_\_\_  
Localitat: \_\_\_\_\_ Província: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓ FAMÍLIA

Nom i cognoms pare/mare: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
Nom i cognoms pare/mare: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
Tlf fix: \_\_\_\_\_ Tlf mbl: \_\_\_\_\_ Tlf urgència: \_\_\_\_\_  
Correu contacte (en MAJUSCULES): \_\_\_\_\_

## SALUT

Pateix alguna malaltia? Sí  No  Quina? \_\_\_\_\_  
Pren algun medicament? Sí  No  Quin i quina dosi? \_\_\_\_\_  
Té alguna al·lèrgia? Sí  No  Quina \_\_\_\_\_  
Té alguna discapacitat? Sí  No  Quina? (psíquica, física...) \_\_\_\_\_  
Problemes de vista o oïda? Sí  No  Quin? \_\_\_\_\_  
Sap Nedar? Sí  No  Es mareja? Sí  No  Dorm bé? Sí  No   
Quantes hores dorm? \_\_\_\_\_ Pateix enuresi (pipí al llit) Sí  No   
Menja de tot? Sí  No  Segueix algun dieta? Sí  No  Quina? \_\_\_\_\_  
És hàbil? Sí  No  Número de CatSalut: \_\_\_\_\_

Observacions (caràcter, salut, relació amb els altres, altres...): \_\_\_\_\_

## AUTORITZACIONS

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI/NIE \_\_\_\_\_ com a  
pare/mare/tutor/a legal de \_\_\_\_\_ autoritzo a:

El meu fill/a participi als <b>campaments d'estiu</b> que organitza el Centre d'Esplai Infantil i Juvenil Gavina. Fa extensiva aquesta autorització a les decisions educatives i a les medico-quirúrgiques.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En cas d'emergència, el meu fill/a es fes mal, els monitors i responsables del casal el portin al servei mèdic, en transport públic o particular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Consento expressament i autoritzo al la Centre d'Esplai Infantil i Juvenil Gavina a tractar i cedir les dades que voluntàriament dono*.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha estat protegit amb les vacunes assenyalades en la normativa vigent.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
La imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats d'educació en el lleure, complementàries organitzades pel CEIJ Gavina.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## ALTRES AUTORITZACIONS

Medicament	S'autoritza	Dosi (pes infant)
<i>Ibuprofeno</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dalsy	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>AfterBite</i> o similar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Suero fisiològic	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tractaments <i>Antipolls</i>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI/NIE \_\_\_\_\_  
com a pare/mare/tutor/a legal de \_\_\_\_\_ autoritzo a participar  
als campaments que realitzarà el CEIJ Gavina aquest Estiu 2024.

**Signatura**

A Cornellà de Llobregat el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

\* La negativa a facilitar les dades demanades suposarà la impossibilitat de ser atès ordinàriament en les activitats i serveis. En tot cas i en qualsevol moment, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament, portabilitat i prohibició de decisions individuals informatitzades previstes al RGPD, dirigint-se mitjançant comunicació escrita a l'entitat, amb domicili Plaça Lindavista s/n de Cornellà de Llobregat. 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, el Reglament General Europeu de Protecció de Dades i 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.