

Nº Inscripció: _____

CAMPAMENTS 1r Torn: CAMPAMENTS 2n Torn: 2n fill/a act.: Sí No Cost activitat: _____

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 campaments d'estiu 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"/>	
<i>Suero</i> 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 2023.

Signatura

A Cornellà de Llobregat el ____ de _____ de 2023

* 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.