

Torn PETITES: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Torn GRANS: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Germans/es Act: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	COST TOTAL: _____
--	--	--	--------------------------

DADES PERSONALS PARTICIPANT

Nom: _____ Cognoms: _____ Sexe: nen nena altres
 Data naixement: ___/___/___ Escola/INS: _____ Curs: _____
 Adreça, núm, pis, porta: _____
 Localitat: _____ Província: _____

INFORMACIÓ FAMÍLIA

Nom i cognoms pare/mare: _____ DNI/NIE/PA: _____
 Nom i cognoms pare/mare: _____ DNI/NIE/PA: _____
 Tlf fix: _____ 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 **Pateix encopresi (caca a sobre)** Sí No
Menja de tot? Sí No **Segueix algun dieta?** Sí No Quina? _____
És hàbil? Sí No **Número de CatSalut:** _____

Observacions (caràcter, salut, relacions socials, altres...): _____

AUTORITZACIONS

Jo, _____ amb DNI/NIE/PA _____ com a pare/mare/tutor/a legal de _____ autoritzo a:

Autoritzo la participació del meu fill, filla a les colònies organitzades pel Centre d'Esplai Infantil i Juvenil Gavina. També autoritzo l'equip a prendre decisions en l'àmbit educatiu i pedagògic durant les mateixes.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En cas d'accident o emergència mèdica durant les activitats, autoritzo l'equip a prendre les mesures necessàries per garantir la seva seguretat i benestar, incloent-hi l'administració de primers auxilis, el trasllat a un centre mèdic mitjançant transport públic o particular, i el contacte amb els serveis d'emergència si escau.	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 Casal d'Estiu.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*Autoritzo el tractament i cessió de les dades personals proporcionades voluntàriament.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ALTRES AUTORITZACIONS

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

Jo, _____ amb DNI/NIE/PA _____ com a pare/mare/tutor/a legal de _____ autoritzo a participar a les colònies que realitzarà el CEIJ Gavina aquest Estiu 2025.

Signatura

A Cornellà de Llobregat el ____ de _____ de 2025

* 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.