



FULL D'INSCRIPCIÓ ESTIU 2020

ACTIVITAT			
NOM I COGNOMS			
EDAT ACTUAL		CURS	
TELÈFONS DE CONTACTE	Número	Persona de contacte	

IMPORTANT!!!

RECORDEU QUE ÉS OBLIGATORI QUE CADA PARTICIPANT APORTI LA SEGÜENT DOCUMENTACIÓ AMB AQUESTA INSCRIPCIÓ

- FITXA D'INSCRIPCIÓ I AUTORITZACIÓ
- FITXA DE SALUT DE L'INFANT O JOVE
- CÒPIA TARGETA SANITÀRIA
- CÒPIA DEL CARNET DE VACUNACIONS
- CÒPIA DEL DNI DELS TUTORS/ES LEGALS QUE FIRMEN AQUESTA AUTORITZACIÓ
- DECLARACIÓ RESPONSABLE EN RELACIÓ AMB LA SITUACIÓ DE PANDÈMIA GENERADA PER LA COVID-19

Els informem que les seves dades seran incorporades amb el seu consentiment, essent responsable de la seva veracitat i actualització, en un fitxer del qual és responsable TRENACLOSQUES S.C.P. J25765314 a fi de complir i mantenir la relació contractual així com per a la prospecció dels nostres serveis. Pot exercir el seu dret d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició enviant una sol·licitud per escrit, acompanyant DNI. persona titular pot exercir, en qualsevol moment, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició així com els continguts al Capítol III del Reglament (UE) 2016/679 i en la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals.

AUTORITZACIÓ PARTICIPACIÓ

TUTOR/A LEGAL 1

Nom i cognoms: _____

DNI/NIE/Passaport: _____

Domicili: _____

Telèfon de contacte: _____

TUTOR/A LEGAL 2

NO PROCEDEIX

MOTIU: _____

Nom i cognoms: _____

DNI/NIE/Passaport: _____

Domicili: _____

Telèfon de contacte: _____

AUTORITZEN A:

Nom i cognoms: _____ amb DNI/NIE/Passaport: _____

_a participar a l'**Activitat Casa l d'Estiu2020 / Estados 2020** Trencaclosques S.C.P., que tindrà lloc des de _____ fins a _____ del 2020 organitzada per Trencaclosques S.C.P.

AUTORITZACIÓ DE PARTICIPACIÓ*

Coneixement i conformitat amb les activitats que es desenvoluparan, assumint les responsabilitats de qualsevol acció indeguda que la persona menor d'edat pogués dur a terme.

SI AUTORITZO

NO AUTORITZO

AUTORITZACIÓ PER LA CESSIÓ DE DADES PERSONALS*

Es compta amb la signatura de la LOPD del/la participant:

SI AUTORITZO

NO AUTORITZO

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

E-mail: info@petitsgenis.com www.petitsgenis.com

AUTORITZACIÓ PER LA CESSIÓ DE DRETS D'IMATGE DEL/LA PARTICIPANT

Manifesto que donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut l'article 18 de la Constitució i regulat per la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge; per part de TRENACLOSQUES S.C.P. es sol·licita l' autorització per a que, de forma voluntària i amb caràcter gratuït, les fotografies o vídeos que es realitzin del/de la participant durant l' exercici de l' activitat CASAL D'ESTIU 2020 O ESTADES 2020, puguin ser utilitzades per aquesta entitat sense límit temporal ni geogràfic algun, en quantes accions i activitats realitzi per al compliment de les seves finalitats i objectius institucionals. En conseqüència, TRENACLOSQUES S.C.P. queda autoritzada a utilitzar les imatges del/la participant, captades en el exercici de l' activitat descrita, per a la seva impressió, reproducció, difusió, distribució, exposició, publicació, etc. en qualsevol medi o suport (cartells, web, follets etc), en el marc del desenvolupament i per a la difusió de les activitats de la entitat, comproment-se, tanmateix, a no fer ús de la imatge per a altres finalitats diferents o fora de les activitats pròpies de TRENACLOSQUES S.C.P.

AUTORITZO
 NO AUTORITZO

AUTORITZACIÓ PER ATENCIÓ MÈDICA EN CAS D'URGÈNCIA *

Autoritzo a les persones responsables de l'activitat a proporcionar al meu fill/a o tutelat/a l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitat, així com a l'hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari pel seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa si fos el cas (amb el benentès que contactaran amb nosaltres a la major brevetat possible). Tanmateix, a poder portar el/la menor d'edat al metge o a l'hospital amb vehicle privat.

AUTORITZO
 NO AUTORITZO

**És imprescindible autoritzar els camps marcats amb una asterisc per poder participar a l'activitat*

Tutor/a 1

Tutor/a 2

Lloc i data:

Lloc i data:

Signatura:

Signatura

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

E-mail: info@petitsgenis.com www.petitsgenis.com

FITXA DE SALUT

ACTIVITAT D'ESTIU 2020

Nom		Cognoms		Data naixement	
Jo, en/na _____, amb DNI/NIE/Passaport _____ confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el CALENDARI DE VACUNACIONS SISTEMÀTIQUES DE CATALUNYA: <p style="text-align: center;">SI NO</p> En cas de faltar alguna vacuna, quina? _____ Última dosi antitetànica: _____ <p style="text-align: right; color: red;"><i>*Acompanyar d'una fotocòpia del carnet de vacunació actualitzat.</i></p>					
DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT					
Jo, en/na _____, amb DNI/NIE/Passaport _____ mare / pare / tutor-a legal de la persona participant _____ em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ del menor d'edat, atès que no he aportat el Carnet de Vacunacions a la sol·licitud d'inscripció i, per tant, exonerer A TRENCACLOSQUES S.C.P., les persones responsables de les activitats i els equips de monitoratge de qualsevol responsabilitat per aquest motiu. Signatura (mare, pare, tutor/a legal): _____					
Pateix alguna malaltia? <i>(Asma, Epilèpsia, Problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)</i>					
O bé es posa malalt/a sovint? <i>(Mal de panxa / Vòmits / Mal de cap / Otitis / Angines / Refredats / Hemorràgies / Enuresi / Marejos / Febre / Etc.)</i>					
Té alguna al·lèrgia reconeguda?	SI / NO	A què?			
És intolerant a algun aliment?	SI / NO	A què?			
Quina afectació té aquesta al·lèrgia o intolerància?					
Segueix una dieta especial?					
Té problemes a la vista, oïda o parla?			Sap nedar?		SI / NO
PORTA	Ulleres	Plantilles	Taps a les orelles (piscina)	Aparells d'ortodòncia	Altres:

Signatura Mare, Pare, Tutor/a legal

A _____, de _____ de 2020

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

E-mail: info@petitsgenis.com www.petitsgenis.com

Declaració responsable en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19

Declaro sota la meua responsabilitat:

- Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure, en la qual en/na participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.
- Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- Que m'encarrego d'aportar la quantitat necessària de mascaretes per en/na per als dies que duri l'activitat, en cas que així ho requereixi l'equip de dirigents.
- Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut d'en/na compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l'activitat, en/na compleix els requisits de salut següents:

- Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

Només marcar en cas de menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

- Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

E-mail: info@petitsgenis.com www.petitsgenis.com

TARIFES:

Acollida matinal esglaonada: 8.00 a 9.00h	Gratuïta
Setmana 22 – 26 juny. Matins de 9.00 a 13.00h	55€
Setmana :matins de 9.00 a 13.00h	70€
Quinzena: matins de 9.00 a 13.00h	130€
Quinzena 2n germà matins de 9:00 a 13h	120€
Mes Juliol 5 setmanes : matins de 9.00 a 13.00h	300€
Mes Juliol 2n germà: matins de 9.00 a 13.00h	275€
Dinar amb Carmanyola (de 13:30 a 15:00) mínim 5 participants per a realització de servei	3€

Cumplem amb la normativa 267/2016 i el nou decret de Lleure Juvenil que regula les activitats en període vacacional amb menors de 18 anys.

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

E-mail: info@petitsgenis.com www.petitsgenis.com

MARQUEU LES SETMANES QUE VINDRÀ:

- Setmana del 22 al 26 de Juny
- Setmana del 29 de juny al 3 de Juliol
- Setmana del 6 al 10 de Juliol
- Setmana del 13 al 17 de Juliol
- Setmana del 20 al 24 de Juliol
- Setmana del 27 al 31 de Juliol
- Setmana del 3 al 7 d'Agost
- Setmana del 10 al 14 d'Agost
- Setmana del 17 al 21 d'Agost
- Setmana del 24 al 28 de d'Agost
- Setmana del 31 d'agost al 4 de Setembre
- Setmana del 7 al 10 de Setembre

MARQUEU L'HORARI QUE FARÀ:

- Acollida de 8 a 9h . Indicar preferència hora d'entrada: _____
- Matí de 9 a 13h.
- Servei de Menjador (amb carmanyola) de 13 a 15h

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

E-mail: info@petitsgenis.com www.petitsgenis.com

FORMA DE PAGAMENT

La inscripció serà efectiva quan es lliuri, per correu electrònic el resguard de l'ingrés bancari efectuat a La Caixa nº de compte en concepte de: nom del nen/a:

ES43 2100 0239 6202 0014 9068

TERMINI D'INSCRIPCIÓ:

Podeu enviar-nos les inscripcions fins al dia 20 de juny a: info@petitsgenis.com

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

E-mail: info@petitsgenis.com www.petitsgenis.com