FULL D'INSCRIPCIÓ ESTIU 2021

ACTIVITAT	**CASAL I ESTADES ESTIUMEM ROSSELLÓ 2021**		
NOM I COGNOMS			
EDAT ACTUAL		**CURS**	
TELÈFONS DE CONTACTE	**Número**	**Persona de contacte**	

IMPORTANT!!!

RECORDEU QUE ÉS <u>OBLIGATORI</u> QUE CADA PARTICIPANT APORTI LA SEGÜENT DOCUMENTACIÓ AMB AQUESTA INSCRIPCCIÓ

- ☐ ***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 TRENCACLOSQUES 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 C a s a l d'Estiu2020 / E s t a d e s 2 0 2 1** 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 TRENCACLOSQUES 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, TRENCACLOSQUES 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, comprometent-se, tanmateix, a no fer ús de la imatge per a altres finalitats diferents o fora de les activitats pròpies de TRENCACLOSQUES 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 2021

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:

SI **NO**

En cas de faltar alguna vacuna, quina? _____

Última dosi antitetànica: _____

Acompanyar d'una **fotocòpia del carnet de vacunació actualitzat.*

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, exonero 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? *(Asma, Epilèpsia, Problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)*			
O bé es posa malalt/a sovint? *(Mal de panxa / Vòmits / Mal de cap / Otitis / Angines / Refredats / Hemorràgies / Enuresi / Marejos / Febre / Etc.)*			
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 2021

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

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

Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies
Direcció General de Joventut

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

Declaro sota la meva 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

TARIFES:

Acollida matinal esglaonada: 8.00 a 9.00h	Gratuïta
SETMANA: matins de 9:00 – 14:00h	60€
QUINZENA: matins de 9:00 – 14:00h	110€
PACK JUNY + JULIOL 5 SETMANES	250€
Dinar amb Carmanyola (de 13:30 a 15:00) mínim 5 participants per a realització de servei	2€

Cumplim 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 28 de juny al 2 de juliol
- □ Setmana del 5 al 9 de Juliol
- □ Setmana del 12 al 16 de Juliol
- □ Setmana del 19 al 23 de Juliol
- □ Setmana del 26 al 30 de Juliol
- □ Setmana del 2 al 6 d' Agost
- □ Setmana del 9 al 13 d'Agost
- □ Setmana del 16 al 20 d'Agost
- □ Setmana del 23 al 27 d'Agost
- □ Setmana del 30 d'Agost al 3 de Setembre
- □ Setmana del 6 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 13:30 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 aquesta inscripció amb 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 22 de juny a: info@petitsgenis.com

Per més informació: Ferran 655 180 306 Trencaclosques - Alguaire

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