

| |
|--|
| |
| |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| | FITXA SOCIOSANITÀRIA | |
|--|-----------------------------|--|

DADES DEL XIQUET

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------------|--------------|--|---------|--|
| COGNOMS | | NOM | | DNI | |
| DATA DE NAIXEMENT | ACTIVITAT EN QUE ESTÀ INSCRIT | CURS ESCOLAR | | | |
| PARE/ MARE/ TUTOR-A | | TELF.1. | | TELF.2. | |
| DNI | | TELF.3. | | TELF.4. | |

DADES DEL DOMICILI

| | | | | |
|----|--|----|--|-----------|
| C/ | | Nº | | POBLACIÓ: |
|----|--|----|--|-----------|

Junt aquest full serà necessari adjuntar còpia de la tarjeta sanitaria i/o segur mèdic de la persona participant

| | | | | | | | |
|---|--|----|--|------------------------|--|--------|--|
| GRUPO SANGUÍNI | | RH | | SEGUR AL QUE PERTENEIX | | Nº SIP | |
| PATEIX ACTUALMENT ALGUNA ENFERMETAT? | | | | ¿QUINA? | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | |
| SEGUEIX ALGÚN TRATAMENT MÈDIC? | | | | ¿QUIN? | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | |
| TÉ ALGUNA ENFERMETAT CRÒNICA? | | | | ¿QUINA? | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | |
| ÉS AL·LÈRGIC A ALGÚN TIPUS DE MEDICAMENT? | | | | ¿QUIN? | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| ALTRES AL·LÈRGIES ALIMENTÀRIES | | |
|--------------------------------|--|--|

| |
|------------------------|
| ALTRES DADES D'INTERÈS |
|------------------------|

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS

D./Sra.: _____
_____, com a mare/pare/tutor de
l'alumne/a: _____

DECLARE: Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al desenvolupament normal de l'activitat.

AUTORITZE:

-Al fet que participi el meu fill/a/tutela a l'activitat inscrit organitzada per l'Ajuntament de Quatretonda.

Aquesta activitat es desenvoluparà del _____ de _____ de 2022 al _____ de _____ de 2022.

-Que en cas de màxima urgència i havent estat impossible la meua localització, autoritzo el responsable competent o monitora de l'activitat a prendre les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica. Vetllant sempre per la salut del participant.

-El meu fill/a es trobarà sota la tutela del monitor o equip dels monitors de l'Ajuntament de Quatretonda, als quals **no** faig responsables dels actes comesos pel meu fill/a en desobediència a les seves indicacions i els autoritzo que prenguin les decisions que creguin oportunes, en nom meu, en el que correspon al meu fill/a.

-El meu fill/a **respectarà totes les normes de l'activitat**. En cas **d'INCUMPLIMENT** podrà ser apartat de l'activitat, i en cas de reincidència podrà ser expulsat.

-Assumeixo les responsabilitats, civils i penals, així com els danys ocasionats, que poguessin derivar-se de les conductes del meu fill/a que no es corresponguin amb les instruccions dels monitors.

-Autoritze els monitors que, en cas d'accident o malaltia, actuen segons les prescripcions del personal sanitari que atengui el meu fill/a. Així mateix, autoritzo qualsevol intervenció quirúrgica, en cas que els metges ho considerin necessari i urgent, i no sigui possible localitzar-me per autoritzar personalment.

A _____, _____ d _____ de _____ Signatura:
_____ DNI: _____

AUTORITZACIÓ

AUTORITZE AL MEU FILL/A QUE APAREGA A LES FOTOGRAFIES QUE PUGUEN REALITZAR-SE.

AL IGUAL QUE LA DIFUSIÓ EN LES XARXES SOCIALS

SI NO

AUTORITZE AL MEU FILL/A REALITZAR EIXIDES A L'ENTORN PROPER SI NO

GAUDIR DE LA FESTA DE L'AIGUA SI NO

ANAR A LA PISCINA MUNICIPAL SI NO

QUEDADA NOCTURNA SI NO

AIXÍ MATEIX, AUTORITZE A LES SEGÜENTS PERSONES PER A RECOLLIR AL MEU FILL O FILLA:

1. _____

DNI _____

2. _____

DNI _____

3. _____

DNI _____

ES MATRICULA DE:

- ESCOLA D'ESTIU
- ESCOLA D'ESTIU I MATINERA
- ESCOLA D'ESTIU, MATINERA I MENJADOR
- ESCOLA D'ESTIU, NATACIÓ I MENJADOR
- ESCOLA D'ESTIU, MATINERA, NATACIÓ I MENJADOR
- ESCOLA D'ESTIU, MATINERA, NATACIÓ I MENJADOR
- ESCOLA D'ESTIU I NATACIÓ
- ALTRES _____

A _____, _____ d _____ de _____ Signatura:

_____ DNI: _____

Informació en compliment de la normativa de protecció de dades personals.

Les seues dades personals i les del seu fill o menor al seu càrrec seran usades per a poder gestionar la present sol·licitud d'inscripció de matrícula, així com, en cas que es produísca l'admissió, del manteniment, la gestió i control del servei. Aquestes dades són necessàries per a poder relacionar-nos amb vosté i amb el seu fill o menor al seu càrrec i per a impartir l'educació o ensenyament reglat sol·licitat, la qual cosa ens permet l'ús de la informació personal dins de la legalitat. En cas que vulguem utilitzar tals dades amb una finalitat diferent a l'assenyalada li demanarem els corresponents consentiments.

Som conscients que poden proporcionar-nos informació sensible quan emplenen aquest escrit, si bé els informem que tals dades es protegiran amb unes mesures de seguretat especials i únicament es tractaran amb la finalitat anteriorment descrita.

Només el personal de la nostra entitat que estiga degudament autoritzat podrà tindre coneixement de la informació que li demanem. Així mateix, podran tindre coneixement de tals dades aquelles entitats que necessiten tindre accés perquè puguem prestar-li els serveis sol·licitats. Igualment, tindran coneixement de la informació del seu fill o menor al seu càrrec aquelles entitats públiques o privades a les quals estiguem obligats a facilitar les seues dades personals amb motiu del compliment d'alguna llei.

No està prevista la transferència de la seua informació personal ni la del seu fill o menor al seu càrrec fora de l'Espai Econòmic Europeu.

Conservarem les seues dades i els del seu fill o menor al seu càrrec durant la nostra relació i mentre ens obliguen les lleis, com a la Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les Bases del Règim Local o la Llei orgànica 2/2006, de 3 de maig, d'Educació. Una vegada finalitzats els terminis legals aplicables, procedirem a eliminar-los de manera segura.

En qualsevol moment pot dirigir-se a nosaltres per a saber quina informació tenim sobre el seu fill o menor al seu càrrec, rectificar-la si anara incorrecta i eliminar-la una vegada finalitzada la nostra relació, en el cas que això siga legalment possible. També té dret a sol·licitar el traspàs de la seua informació a una altra entitat (portabilitat). Per a sol·licitar algun d'aquests drets, haurà de realitzar una sol·licitud escrita a la nostra adreça, juntament amb una fotocòpia del seu DNI, per a poder identificar-li:

Ajuntament de Quatretonda

C/ AUSIAS MARCH 5, CP 46837, QUATRETONDA (València/València)

Pot contactar amb el nostre Delegat de Protecció de Dades a través de la següent adreça de correu electrònic: fgomez@audidat.com

En cas que entenga que els seus drets han sigut desatesos per la nostra entitat, pot formular una reclamació en l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (<https://www.aepd.es/es>).

EXISTEIX UNA VERSIÓ AMPLIADA D'AQUESTA INFORMACIÓ A LA SEUA DISPOSICIÓ EN LES DEPENDÈNCIES DE L'ENTITAT LOCAL I EN LA NOSTRA PÀGINA WEB.

A _____, _____ d _____ de _____ Signatura:
_____ DNI: _____