



1. INFORMACIÓ PERSONAL DE L' INFANT					
Nom i cognoms:			Data de naixement:		
Curs actual:		Edat:		Escola:	
Adreça:			Població:		
Nom tutor 1:			Telèfon 1:		
Nom tutor 2:			Telèfon 2:		
Correu electrònic:					
2. INFORMACIÓ MÈDICA I COMPLEMENTÀRIA					
Pateix alguna malaltia/al·lèrgia?					
Ha de prendre algun medicament?					
Observacions:					
Sap nedar?		Si		No	
Es fatiga fàcilment?		Si		No	
Menja?		De tot		Molt	
NEE?		Poques coses		NEE?	
Autoritzo al monitor responsable, a que li administri la medicació oportuna, en cas d'afecció lleu (mal de cap, febre,...)				Si	
				No	

3. TORNOS I HORARIS (marqueu amb una creu)

1r TORN	2n TORN	3r TORN	4r TORN	5è TORN	6è TORN
Del 25 de juny al 29 de juny	Del 2 al 3 de juliol	Del 9 al 13 de juliol	Del 16 al 20 de juliol	Del 23 al 27 de juliol	Del 30 al 3 d'agost
		9 – 13h	9 – 15h	9 – 17h	Acollida fixa
	<b>HORARI</b>				8.00   8.30

4. FORMA DE PAGAMENT.			QUANTITAT A PAGAR:	
AL COMPTAT		TRANSFERÈNCIA BANCÀRIA. AL Nº DE COMpte DE LA CAM (BANKIA)		
<b>IBAN</b>	<b>ENTITAT</b>	<b>SUCURSAL</b>	<b>CONTROL</b>	<b>Nº CTA</b>
<b>ES80</b>	<b>2038</b>	<b>8937</b>	<b>84</b>	<b>6000158449</b>

## 5. AUTORITZACIONS

### **AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA D'ASSISTÈNCIA AL CASAL.**

En/Na ..... amb DNI ..... autoritza el seu/la seva fill/a ..... i abona la quota establerta en el rebut, per assistir a l'activitat sol·licitada segons les condicions establertes. Fa extensible aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que fossin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

SIGNATURA DE LA PERSONA QUE AUTORITZA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018

### **AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA D'INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA**

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada.

**NOTA:** Ha de constar qualsevol malaltia o al·lèrgia diagnosticada medicament fins al moment.

Les dades mèdiques són confidencials i només hi tindran accés els monitors responsables.

Tots els asmàtics han de portar SEMPRE els inhaladors i comunicar-ho als seus monitors.

SIGNATURA DE LA PERSONA QUE AUTORITZA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018

### **ÚS D'IMATGES DEL CASAL**

D'acord amb l'article 3.a) de la LOPD i el 5.1 del RLOPD, les imatges tenen la consideració d'una dada personal i el seu tractament exigeix un consentiment lliure, inequívoc, específic i informat, pel que us demanem, si esteu conformes, que manifesteu el vostre consentiment emprant el paràgraf següent:

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en qualsevol document gràfic i audiovisual corresponent a les activitats del Casal d'estiu de l'Escola Lluís Vives que es publiqui en qualsevol mitjà de comunicació, pàgina web i revistes pròpies. Així mateix informem que podrà exercitar els drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació de les seves dades, d'acord a la legislació vigent en matèria de Protecció de Dades de Caràcter Personal.

SIGNATURA DE LA PERSONA QUE AUTORITZA

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018

- **CONJUNTAMENT AMB AQUESTS DOS FULLS S'HAN D'ADJUNTAR LES FOTOCÒPIES DE LA CARTILLA DE LA SEGURETAT SOCIAL I EL CARNET DE VACUNES**
- **EN CAS DE TENIR NEE ADJUNTAR EL DIAGNÒSTIC MÈDIC.**