



ACTIVITAT
DE CURS

Fotografia

[DADES PERSONALS]

Nom _____ Cognoms _____
Data de naixement _____ Lloc de naixement _____
DNI/NIE/Passaport _____ Nacionalitat _____
Adreça _____
Població _____ Codi postal _____
Telèfon fix _____ Telèfon mòbil _____
Telèfons d'urgències (Nom, parentiu i telèfon) 1. _____ 2. _____
E-mail: _____

[INFORMACIÓ SANITÀRIA BÀSICA]

Dorm bé? Sí No Es posa malalt amb freqüència? De què? Sí No
Menja bé? Sí No _____
Es fatiga fàcilment? Sí No Quantes hores dorm normalment? _____
Es mareja fàcilment? Sí No Segueix algun règim especial? _____
Sap nedar? Sí No Té alguna al·lèrgia? Quina? _____
Pateix enuresi? Sí No Pateix alguna malaltia? Quina? _____
Té alguna discapacitat (física, psíquica o sensorial)? Quina? _____
Pren alguna medicació? Quina? _____

[CERTIFICAT D'APTITUD FINAL]

En/na _____ amb DNI/NIE/Passaport _____ certifica que el seu fill/filla _____ ha estat protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent.

[ATORGACIÓ DE CONSENTIMENT PEL TRACTAMENT DE DADES I D'IMATGE PERSONAL]

En/na _____ amb DNI/NIE/Passaport _____ consent que les dades i imatges personals del seu fill/filla _____ siguin tractades gratuïtament pel Centre d'Esplai Joan Suñol i per les institucions relacionades amb l'àmbit de l'entitat*.

[AUTORIZACIÓ]

En/na _____ amb DNI/NIE/Passaport _____ autoritza el seu fill/filla _____ a participar de les activitats organitzades pel Centre d'Esplai Joan Suñol entre l'1 d'octubre del 2022 i l'11 de juny del 2023.

Igualment, es declara coneixedor de la normativa i condicions de participació i del projecte educatiu de l'entitat organitzadora, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura.

Fa extensiva, també, aquesta autorització a les següents especificacions:

- Banyar-se en piscines públiques o privades, rius, pantans, basses, llacs o al mar.
- Ésser transportat en un vehicle privat en cas d'urgència.
- Rebre petites cures, administrar povidona iodada en cas que sigui necessari i prendre antitèrmics, antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol o ibuprofè per part de l'equip dirigent.
- Sotmetre's a les decisions medico-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema d'urgència sota la direcció facultativa adequada.

Finalment, consento expressament i autoritzo al Centre d'Esplai Joan Suñol a tractar i cedir les dades que voluntàriament dono d'acord amb el tractament i finalitat que s'indica en aquest mateix imprès ¹.

¹ El **C.E. Joan Suñol** us informa que disposa de l'aplicació informàtica GESPLAI que li permet disposar d'un fitxer automatitzat de dades de caràcter personal. La finalitat de la seva creació, existència, manteniment i ús és el tractament de la informació i les dades amb la finalitat de prestar els serveis i activitats que ens sol·liciteu i donar compliment les finalitats de l'entitat.

Els destinataris de la informació i de les dades són tots els departaments, entitats federatives i col·laboradors del **C. E. Joan Suñol** que siguin necessaris per al compliment de les finalitats expressades al paràgraf anterior, els estaments oficials als quals estem obligats a cedir les seves dades, així com els centres sanitaris corresponents en cas d'urgència. L'aplicació Informàtica GESPLAI ha estat desenvolupada i és propietat de la Fundació Pere Tarrés. El **C.E. Joan Suñol** disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

*El **C. E. Joan Suñol** en el desenvolupament dels seus serveis i activitats pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual als participants i podrà, amb les finalitats esmentades, publicar-les en els seus mitjans propis, com ara, pàgines web, xarxes socials, revistes, altres publicacions, catàlegs comercials de difusió d'activitats o cedir-los a la Comunitat Cristiana Sant Pere Claver del Clot, a entitats federatives, col·laboradores o d'informació general (mitjans de comunicació).

[signatura]

Barcelona, ___ de _____ del _____.