

## INSCRIPCIÓ CASALS D'ESTIU 2023

fotografia

DADES PERSONALS					
Nom		Primer cognom		Segon cognom	
Adreça			Població		Codi postal
Edat:	Data de naixement	Curs finalitzat		DNI	Núm. targeta sanitària
Nom de la mare		Nom del pare		Persona de contacte	Telèfon
Correu electrònic				1.	
				2.	

### ACTIVITAT

**CAMPUS AUDIOVISUAL (ORGANITZA ASSOCIACIÓ IL·LUSIONS)**

**Dies:** del 3 al 28 de juliol

**Lloc:** Can Genís

**Edats:** de 12 a 16 anys

**Horari:** de dilluns a divendres de 10.00 a 14.00 h

**Preu:** 150 €

DADES SOBRE SALUT			
Té algun tipus d'al·lèrgia?		Es fatiga fàcilment:	Pren algun medicament?
<input type="checkbox"/> Sí. Quina: <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Segueix algun règim especial?		Es posa malalt amb freqüència:	
<input type="checkbox"/> Sí. Quin? <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí. De què? <input type="checkbox"/> No	
Té alguna dificultat motriu?		Té problemes a la vista o a l'oïda?	
<input type="checkbox"/> Sí. Quina? <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí. Quins? <input type="checkbox"/> No	
Està diagnosticat d'algun trastorn o malaltia?		Entrada i sortida de l'activitat	
<input type="checkbox"/> Sí. Quin/s o quina/es? <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pot marxar sol de l'activitat <input type="checkbox"/> No	
Sap anar en bicicleta:	Sap nedar:	Persones autoritzades	Relació amb l'infant
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Quin esport practica:	Ha anat de colònies?		
	<input type="checkbox"/> Sí, durant ____ dies <input type="checkbox"/> No		

## A TENIR EN COMPTE

Per formalitzar la inscripció, és necessari fer arribar aquest full d'inscripció amb la documentació següent a l'entitat organitzadora:

- **Fotocòpia del DNI/NIE (en el cas que l'infant no en tingui de propi, el d'un pare, mare o tutor/a legal)**
- **Còpia del calendari de vacunes actualitzat**
- **Còpia de la targeta sanitària**
- **Autorització firmada (adjunt en aquest document)**
- **Fotografia de carnet**

L'Entitat organitzadora no es fa responsable del material personal que els participants duen a les activitats.

S'enviarà el full de pagament 15 dies abans de l'inici de l'activitat.

Les seves dades seran tractades per l'entitat organitzadora del Casal amb la finalitat de portar un registre de les persones inscrites, seguiment de les activitats organitzades als casals municipals i colònies, cobrament de quotes i tramesa d'informació. Les dades es tracten en compliment de missió d'interès públic i es comunicaran a entitats bancàries amb finalitats de cobrament de quotes. Es poden exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament i sol·licitud de limitació del tractament adreçant-se a l'entitat organitzadora del Casal.

## AUTORITZACIÓ

En/Na ..... amb DNI núm. .... autoritza el  
seu fill/a ..... a participar a  
..... **[nom de l'activitat]** organitzat per  
..... **[nom de l'entitat organitzadora]** durant l'estiu de 2023.

Autoritzant a l'entitat organitzadora a:

- Autoritzo  NO Autoritzo  la captació de la imatge del participant que s'inscriu, així com la seva reproducció i difusió per qualsevol forma o mitjà, amb finalitats de divulgació de les activitats municipals.
- Autoritzo  NO Autoritzo  a transportar el participant en vehicles particulars dels monitors quan les circumstàncies així ho aconsellin.
- Autoritzo  NO Autoritzo  a participar a totes les sortides que es facin pel poble i pels voltants, així com a agafar el transport públic per anar als pobles veïns i a banyar-se al mar o a la piscina.
- Autoritzo  NO Autoritzo  a l'entitat organitzadora a prendre les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'urgència, sota la direcció facultativa adequada.

Al mateix temps, el sotasignat declara:

- Haver omplert correctament el formulari d'inscripció en línia de l'activitat i fe d'haver declarat tota la informació rellevant per a la seguretat del participant i el bon desenvolupament de l'activitat.
- Haver declarat al formulari tots els problemes de salut, físics o psíquics, acceptant que els esmentats problemes no suposen cap amenaça ni impediment per al propi participant i els seus companys.
- Conèixer i acceptar el programa d'activitats dels casals.
- L'entitat organitzadora de l'activitat per encàrrec de l'Ajuntament de Palafrugell tindrà accés al tractament de les vostres dades per tal de prestar els serveis.
- Les seves dades seran tractades per l'entitat organitzadora del Casal amb la finalitat de portar un registre de les persones inscrites, seguiment de les activitats organitzades als casals municipals i colònies, cobrament de quotes i tramesa d'informació. Les dades es tracten en compliment de missió d'interès públic i es comunicaran a entitats bancàries amb finalitats de cobrament de quotes. Es poden exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament i sol·licitud de limitació del tractament adreçant-se a l'entitat organitzadora del Casal.

En conformitat amb els continguts precedents signo el present document a,  
Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

....., ..... de ..... de 2023

(signatura)