



Autorització de participació + fitxa de salut (2 fulls)

Dades de l'activitat

Centre d'educació en el lleure:

ESTADES DE LLEURE D'ALPICAT 2026

Entitat organitzadora i promotora:

AJUNTAMENT D'ALPICAT

Dates i lloc de realització:

Ambdós torns: del 6 al 31 de juliol de 2026

Marcar només el torn al qual es fa la inscripció: **1r torn: del 6 al 17 de juliol de 2026**

2n torn: del 20 al 31 de juliol de 2026

Dades del participant (cal posar les dades de l'infant o jove)

Nom i cognoms: _____

Data de naixement (Fiqueu bé la data, és important per fer els grups): ____/____/____

Telèfon 1: _____

Telèfon 2: _____

Telèfon 3: _____

Correu electrònic: (Poseu el correu electrònic que s'entengui bé): _____

Documents que cal presentar per fer la inscripció

1) Aquests fulls de dades (**dues pàgines**) degudament signats pels pares o tutor

2) Fotocòpia de la targeta de la seguretat social o de la mútua on està inscrit/a

Autorització de participació

Autoritzo al meu fill/a o tutelat/da, les dades del qual consten més amunt, a participar en totes les activitats programades en aquesta activitat de lleure en el qual s'inscriu.

Tanmateix, l'autoritzo expressament per a:

- Que pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència.
- Que el personal responsable d'aquesta activitat el pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica, emprant les mesures de seguretat pertinents.
- Banyar-se a la piscina en l'horari programat sota la supervisió de l'equip de monitors.
- Dur a terme activitats especials de risc o físicoesportives (*totes les que consten en el díptic informació de les estades de lleure*)

Indiqueu posant una creu si l'autoritzeu o no a:

• Tornar tots els dies sol/a a casa quan finalitza l'activitat: Sí No. Torna tots els dies amb un familiar autoritzat:

- Nom del familiar: _____

- Relació amb el participant: _____

Si algun dia el participant ha de tornar sol/a o amb una altra persona que no sigui el familiar autoritzat, cal sol·licitar un full d'autorització específic al monitor o al director de les estades.

AUTORITZACIÓ DRET D'IMATGE

Els pares, tutors o representants legals del menor d'edat també **presten de forma expressa i inequívoca el seu consentiment**, a efectes del previst a l'art. 3 la llei 1/1982 de protecció de l'honor, intimitat i pròpia imatge i art. 4 de la llei 1/1996 de protecció del menor perquè l'Ajuntament d'Alpicat pugui difondre informació relacionada amb el menor, el que inclou també les imatges i altres dades identificatives a la plana web, a diaris i/o publicacions periòdiques del nostre municipi, com ara: la revista El nou pinetell i CD recull fotogràfic per cedir a les famílies interessades.

Que el signant, pot dirigir-se a l'Ajuntament, per tal d'exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió (dret a l'oblit), limitació de tractament, portabilitat de les dades, oposició, i a no ser objecte de decisions automatitzades, d'acord amb el Reglament EU 679/2016 General de Protecció de Dades Personals i la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals:

Sí No

AUTORITZACIÓ DE SORTIDES

Autoritzo a realitzar sortides del recinte del Parc del Graó sempre que l'equip tècnic de la regidoria d'esports de l'Ajuntament ho consideri adient: Sí No

Condicions de participació

Cal marcar aquesta autorització.

Autoritzo la cessió de dades personals del meu infant o jove a l'Ajuntament d'Alpicat.

En compliment al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades) (DOUE 4.5.2016).

Informació bàsica sobre protecció de dades del tractament: ESTADES INFANTS I JOVES. Responsable: AJUNTAMENT D'ALPICAT. **NIF:** P2502300C. **Adreça:** Pl. de l'Església, 4 -25110 ALPICAT- **Telèfon:** 973736006. **E-mail:** ajuntament@alpicat.cat. **Finalitat:** Les dades tractades en el moment de la recollida de dades i les recollides amb posterioritat s'utilitzaran per realitzar la inscripció i la gestió a les estades de lleure dels infants i joves organitzades per l'entitat. **Legitimació:** Consentiment de l'interessat. Amb la signatura d'aquesta butlleta els pares, tutors o representants legals del menor d'edat presten de forma expressa i inequívoca el seu consentiment d'acord amb l'article 6 i 7 de la llei LOPD perquè l'Ajuntament d'Alpicat tracti les dades personals dels pares, tutors o representants legals i dels menors, específicament les seves dades de salut amb les finalitats indicades.

Termini de Conservació. Les dades es conservaran durant el temps necessari per a la realització de la present gestió o bé revocui el seu consentiment. **Destinataris:** No se cediran les dades a tercers, excepte en les obligacions legals que marqui la llei o en els casos necessaris per a la realització de la sol·licitud. **Drets** Podeu sol·licitar l'accés, la rectificació, la supressió o la limitació del tractament de les vostres dades adreçant-vos a les oficines de l'Ajuntament o a través de la seu electrònica https://alpicat.eadministracio.cat/dossier_1.

Informació addicional Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web: <http://www.alpicat.cat/avis-legal>.

El pares, tutors o representants legals manifesten que les dades subministrades són exactes, responen a la realitat i estan actualitzades obligant-se a comunicar de forma immediata qualsevol modificació a l'Ajuntament d'Alpicat.

Firma del pare/mare o tutor/a: _____

Nom i cognoms de qui firma: _____

DNI de qui firma: _____

Data: ____ de ____ del 20 ____



Autorització de participació + fitxa de salut (2 fulls)

Fitxa de salut

Ompliu la fitxa de salut amb totes aquelles dades que creieu necessàries que ens heu d'informar. La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 267/2016 de 5 de juliol, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat de conformitat amb la LOPD.

Nom i cognoms de l'inscrit/a: _____

Calendari de vacunació:

- Sí, el meu fill/a té al corrent el calendari de vacunació.
 No, indiqueu el perquè:

Impediments físics o psíquics:

Indiqueu si el vostre fill o filla té algun impediment que hàgim de tenir en compte:

Malalties cròniques i/o al·lèrgies:

Indiqueu si el vostre fill o filla té alguna malaltia crònica o recurrent que hàgim de tenir en compte. Important detallar si té alguna al·lèrgia o intolerància i quines mesures hem de prendre:

Medicació amb indicació d'horaris i quantitat:

Indiqueu si el vostre fill o filla s'ha de prendre algun medicament indicant horaris i quantitats. El medicament l'heu d'entregar al director/a de l'activitat el primer dia en arribar:

Possible règim que escaigui:

Indiqueu clarament si hi ha alguna cosa que el vostre fill o filla no pot menjar:

Informació de qualsevol altra qüestió que es consideri necessària:

Indiqueu qualsevol altra qüestió que considereu necessari que sapiguem, com per exemple donant resposta a les preguntes següents: *En les excursions, es fatiga aviat? Es mareja amb facilitat? Sap nedar? Dorm bé? Quantes hores dorm normalment? És sonàmbul? Té insomni? Té problemes d'enuresi? Porta algun aparell dental? Es posa malalt amb freqüència? De què?*

Firma del pare/mare o tutor/a:

Nom i cognoms de qui firma: _____

DNI de qui firma: _____

Data: _____ de _____ del 20 _____