

**L’ARBOÇ - STAR STIU**

**Del 26 de juny al 28 de juliol del 2017**

|  |
| --- |
| **DADES DE L’USUARI** |

NOM: Nom COGNOMS: Cognoms DATA NAIX: Data de Naix.

ESCOLA: Escola CURS: curs.

ADREÇA: Adreça POBLACIÓ: Població

CORREU ELECTRÒNIC: Correu electrònic

TELEFÒNS: Telèfons durant l’activitat

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Acollida | Casal | Menjador |
| 1r. Torn: 26 de juny - 30 de juny |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]  |
| 2n. Torn: 3 de juliol – 7 de juliol |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]  |
| 3r. Torn: 10 juliol – 14 juliol |  [ ]   |  [ ]  |  [ ]  |
| 4t. Torn: 17 de juliol – 21 de juliol |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]  |
| 5è. Torn: 24 de juliol – 28 de juliol |  [ ]  |  [ ]  |  [ ]  |

|  |
| --- |
| Documentació aportada: |
|  [ ]  | DNI infant (Si en té) |
|  [ ]  | Fotocòpia tarja sanitària |
|  [ ]  | Fotografia de l’Infant |
|  [ ]  | Fotocòpia carnet vacunes o informe mèdic |
|  [ ]  | DNI persona que signa |
|  [ ]  | Fotocòpia Carnet Únic |

|  |
| --- |
| **AUTORITZACIÓ FAMILIAR (Marqueu el que autoritzeu)** |

Jo en/na Nom i Cognoms Amb DNI xxxxxxxxx

com a (mare / pare / tutor/a) del nen/a Nom nen/a

De conformitat amb el que disposa la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD) l’informem que les dades personals consignades en aquest document són incorporades en fitxers titularitat de LA BALLARUGA i entitats vinculades amb la finalitat de gestionar els serveis que ofereix aquesta entitat. El sotasignat autoritza de forma expressa el tractament d’aquestes dades, així com futures dades que pugui facilitar-nos per a la correcta prestació del servei, incloses dades especialment sensibles (com informació sanitària d’interès). LA BALLARUGA es compromet a tractar aquestes dades amb la màxima reserva Així mateix, el sotasignat autoritza a que les dades puguin ser conservades per gestionar adequadament ulteriors encàrrecs que pugui realitzar-nos. Les dades dels usuaris poden ser publicades en els taulells d’anuncis dels centres on LA BALLARUGA desenvolupa l’activitat, i comunicades als efectes acreditatius oportuns a l’Escola o entitat a través de la qual contracta els nostres serveis, així com als Organismes i Institucions subvencionadores de l’activitat a la qual s’inscriu.

[ ]  Tanmateix autoritzo a l'ús de la imatge personal del meu fill/filla per a fotografies, vídeos i material audiovisual que es realitzi durant l'activitat.

[ ]  Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que calgués adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

[ ]  Recollir a l’Infant de l’activitat, les següents persones:

Nom i Cognoms. Com a Parentiu Amb DNI xxxxxxxxx

[ ]  Marxar sol/a a casa després de l’activitat

[ ]  Fer les sortides i trasllats que l’activitat requereix amb l’equip educatiu de la Ballaruga

[ ]  Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

[ ]  Rebre petites cures i medicaments com analgèsics, antipirètics i antiinflamatoris, de formulació infantil i que es lliuren sense recepta, per part dels dirigents.

|  |
| --- |
| **FITXA DE SALUT – INFORMACIÓ SANITÀRIA** |

NOM I COGNOMS: Nom i Cognoms

NÚM. TARGETA SANITÀRIA: Número sencer de la targeta sanitària

|  |
| --- |
| **MALALTIES HABITUALS** |
| [ ]  | Mal de cap | [ ]  | Mal de queixal |
| [ ]  | Bronquitis | [ ]  | Insomni |
| [ ]  | Angines | [ ]  | Diarrea |
| [ ]  | Hemorràgies | [ ]  | Restrenyiment |
| [ ]  | Altres Feu clic aquí per escriure el text |

**MALALTIES CRÒNIQUES**

Té alguna malaltia crònica? (Descriure: medicacions, dosificacions, protocols d’actuació)

**És necessari adjuntar informe mèdic.**

Feu clic aquí per escriure el text.

**INTOLERÀNCIA O AL·LÈRGIA ALIMENTÀRIA MALATIES IMPORTANTS PASSADES**

Feu clic aquí per escriure el text.Feu clic aquí per escriure el text.

**AL·LÈRGIES EN GENERAL DISCAPACITATS FÍSIQUES O INTELECTUALS**

Feu clic aquí per escriure el text.Feu clic aquí per escriure el text.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Porta totes les vacunes que li pertoquen segons la seva edat? *En casa de no estar vacunat/da adjuntar informe mèdic* |
| [ ]  | Sap nedar? |
| [ ]  | Es cansa aviat a les excursions? |
| [ ]  | Es mareja fàcilment quan viatja? |
| [ ]  | Té enuresi? |
| [ ]  | Té alguna dificultat psicomotriu? ***(adjuntar informe)*** |

|  |
| --- |
| **ALTRES OBSERVACIONS:**Feu clic aquí per escriure el text.  |

**El Vendrell,** Feu clic aquí per escriure una data.

**[ ]  Signo aquest document per a què quedi constància**