

RACÓ DEL LLEURE
Full d'inscripció
VIII Campus Pasqua 24
AMPOSTA



ideat
CENTRE DE SUPORT FAMILIAR

Dades personals participant

Cognoms, Nom DNI / NIE / Passaport *si en té*

Adreça Població i CP Data de naixement

Escola / Institut Curs Telèfon PARTICIPANT *si en té*

Dades del representant, comunicació per correu electrònic i persones que poden recollir l'infant

Nom i telèfon del **responsable 1**, responsable de la inscripció DNI / NIE / Passaport

Nom i telèfon del **responsable 2** Correu electrònic NOTIFICACIONS 1 amb **MAJÚSCULES**

Nom i telèfon del **responsable 3** Nom i telèfon del **responsable 4**

Marqueu amb una X el servei **PROGRAMAT** escollit

VIII Campus Pasqua 2024	25/03	26/03	27/03	28/03
Acollida matinal 8 a 9h				
Campus 9 a 13h				
Menjador 13 a 15h - càtering				

Cal adjuntar **TIS del participant, DNI del representant i participant i calendari de vacunes**

NO SERAN RETORNATS ELS SERVEIS MATRICULATS I NO CONSUMITS

AUTORITZO que el meu fill/a participi en les activitats organitzades per **IDEAT – Centre de Suport Familiar** i sóc coneixedor de tota la normativa, programació i funcionament d'activitats que es realitzaran així com les sortides que es faran fora del recinte de l'activitat, estant d'acord i autoritzant que participi.

AUTORITZO a que el meu fill o filla, en cas de necessitat i per tal de garantir la seva seguretat durant el transcurs de les activitats de lleure pugui ser transportat amb el vehicle **RENAULT TRAFIC** amb matrícula **7382 KFS** propietat del centre.

AUTORITZO / **NO AUTORITZO** a que pugui sortir en fotografies i/o vídeos corresponents a l'activitat per fer-ne difusió d'aquesta.

El participant podrà sortir sol en acabar les activitats? **AUTORITZO** / **NO AUTORITZO**

Signat: Pare/Mare, Tutor/Tutora o Representant legal

Amposta, _____ de/d' _____ de 20____.

D'acord amb la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de Desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les seves dades personals aquí recollides passaran a formar part d'un fitxer propietat de Marc Vidal Panisello, representat de IDEAT. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat a: IDEAT – Marc Vidal Panisello, Av. Josep Tarradelles 119-121 d'Amposta, 43870. La inexactitud, falsedat o omissió en les dades, o la no presentació d'aquesta, determinen la impossibilitat d'exercir l'activitat afectada des del moment en que se'n tingui constància, sense perjudici de les responsabilitats que puguin derivar-se (article 38 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions).

Més informació i inscripcions a Av. Josep Tarradelles 119-121 d'Amposta. www.ideat.cat

FITXA MÈDICA

NOM DEL PARTICIPANT:

SALUT

Té alguna al·lèrgia o intolerància? Sí / No *En cas afirmatiu, indiqueu quina:*

Pateix alguna malaltia crònica? **Sí / No** *En cas afirmatiu, indiqueu quina:*
..... Estat actual:.....

Què cal fer?

Té alguna dificultat física, psíquica o sensorial? *En cas afirmatiu, indiqueu quina i en quin grau:*
.....

Pren alguna medicació habitualment: **Sí / No** *En cas afirmatiu, caldrà adjuntar la pauta mèdica*

Necessita alguna atenció educativa especial ? (vetllador, ...) Sí / No *Quina?:.....*
Per garantir la seguretat i la continuïtat al casal del participant, és necessari saber-ho

ALIMENTACIÓ I NUTRICIÓ

És al·lèrgic o intolerant a algun aliment? **Sí / No** *Que no pot menjar?.....*

Menja sol? **Sí / No** Menja de tot? **Sí / No** Quantitat **Molt/ Normal / Poc**

Segueix algun règim o dieta especial? **Sí / No** *Especificar quin:.....*

HIGIENE PERSONAL

Controla bé els esfínters? **Sí / No**
Usa bolquers? **Sí / No**

Té facilitat en agafar polls? **Sí / No**

ACTIVITAT FÍSICA

Sap nedar? Sí / No

Es cansa fàcilment? **Sí / No**

Practica esport? **Sí / No**

Sap anar en bici? **Sí / No**

Amposta, adede 20.... .

Dono fe que les dades de la fitxa són certes

Signat: Pare/Mare, Tutor/Tutora o Representant legal