

RACÓ DEL LLEURE
Full d'inscripció al servei de
Campus CARNESTOLTES 23



ideat
CENTRE DE SUPORT FAMILIAR

Dades personals participant

Cognoms, Nom

DNI / NIE / Passaport *si en té*

Adreça

Data de naixement

Escola / Institut

Curs

Telèfon PARTICIPANT *si en té*

Dades del representant i comunicació per correu electrònic

Cognoms, Nom *del responsable de la inscripció*

DNI / NIE / Passaport

Nom i telèfon del **responsable 1**

Correu electrònic NOTIFICACIONS 1 amb **MAJÚSCULES**

Nom i telèfon del **responsable 2**

Correu electrònic NOTIFICACIONS 2 amb **MAJÚSCULES**

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

| | FEBRER 2023 | |
|----------------------------|--------------|--------|
| | 17 DE FEBRER | IMPORT |
| Acollida matinal 8 a 9h | | |
| Campus LLEURE de 9 a 13h | | |
| Menjador de 13 a 15h | | |
| Acollida tarda de 15 a 16h | | |

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 omisió 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, en cas afirmatiu caldrà adjuntar la pauta mèdica

Necessita alguna atenció educativa especial ? (vetllador, ...) Sí / No

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 Té facilitat en agafar polls? Sí / No

ACTIVITAT FÍSICA

Sap nedar? Sí / No Es cansa fàcilment? Sí / No Practica esport? Sí / No

Amposta, adede 20.... **Dono fe que les dades de la fitxa són certes**

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