

DADES GENERALS DE L'INFANT / JOVE:

Nom i Cognoms: [redacted] Data de naixement [dd/mm/aaaa] [redacted]
Curs escolar realitzat: [redacted] Telf (si en té): [redacted]
Email (si en té): [redacted] Talla samarreta: [redacted]
Nom Pare / Mare: [redacted] DNI: [redacted]
Telf: [redacted] Email: [redacted]
Nom Pare / Mare: [redacted] DNI: [redacted]
Telf: [redacted] Email: [redacted]
Adreça: [redacted]
Població: [redacted] Codi postal: [redacted]
Telèfon casa: [redacted] Email familiar: [redacted]
En cas d'urgència a visar a: [redacted] Telf/s: [redacted]

DOCUMENTACIÓ A LLIURAR:

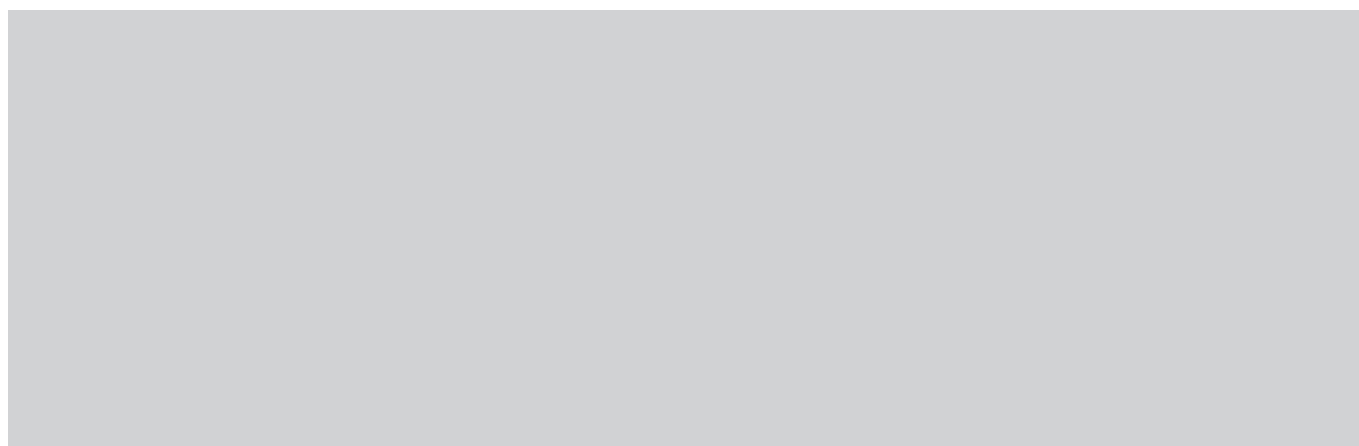
En els terminis establerts cal lliurar la següent documentació:

- Inscripció degudament complimentada i signada.
- Fotocòpia de la **Targeta Sanitària del participant (Catsalut)**.
- Fotocòpia del **DNI del responsable**. (Pare, Mare o Tutor/a).
- Fotocòpia del **carnet de vacunes**.
- **Declaració responsable en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19**

(adjuntat amb aquesta inscripció)

FITXA DE SALUT:

| PRINCIPALS | SI | NO | OBSERVACIONS |
|---|----|----|--------------|
| Pateix alguna malaltia / al·lèrgia? (Al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...) | | | |
| Té problemes de vista / oïda? | | | |
| Té alguna disminució física, psíquica o sensorial? | | | |
| Té alguna dificultat motriu? | | | |
| Es mareja fàcilment? | | | |
| Sap nedar? | | | |
| Segueix algun règim especial? (Celíac, diabètic, vegetarià...) | | | |
| Pren alguna medicació? | | | |

Altres observacions:

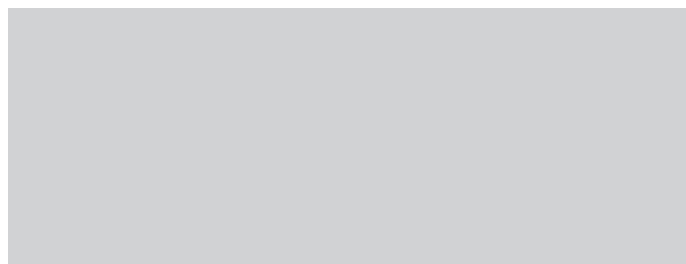
AUTORITZACIÓ:

En/Na _____ amb DNI _____ com a
pare, mare o tutor/a d'en/na _____, l'autoritza a participar a
les COLÒNIES FEDAC 2021 organitzat per FEDAC Cerdanyola a El Pinatar (Gualba), els dies 12, 13, 14, 15
i 16 de juliol (quatre nits). Igualment, es declara coneixedor de la normativa i condicions de participació i del
projecte educatiu de l'entitat organitzadora, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura. Fa extensiva
aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència
i sota la direcció facultativa adequada. També autoritza a l'entitat a traslladar el participant amb el vehicle
que es consideri oportú i alhora consento expressament i autoritzo a FEDAC Cerdanyola a tractar i cedir
les dades que voluntàriament dono, i per realitzar les imatges del participant, d'acord amb el tractament i
finalitat que s'indica en aquest mateix imprès*

A més a més certifico que l'infant / jove està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent
i el seu estat de salut és: Bo Altre: _____

En cas de no vacunació em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències / incidències
derivades i per tant exonero la instal·lació, l'entitat organitzadora, el responsable de l'activitat i l'equip de
monitors/es que qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

SIGNATURA del Pare / Mare /Tutor/a:



_____, a ____ de _____ de _____

*FEDAC Cerdanyola en el desenvolupament dels seus serveis i activitats pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual als participants i podrà, amb les finalitats esmentades, publicar-les en els seus mitjans propis, com ara, pàgines web, revistes, altres publicacions, catàlegs comercials de difusió d'activitats o cedir-los a entitats federatives, col·laboradores o d'informació general (mitjans de comunicació) les imatges podran ser difoses en qualsevol mitjà (internet, mitjans externs, material promocional, publicitat, xarxes socials...). La negativa a facilitar les dades demanades suposarà la impossibilitat de ser atès ordinàriament en les activitats i serveis. En tot cas i en qualsevol moment, podeu consultar, accedir, rectificar, cancel·lar o bé oposar-vos a què tractem les vostres dades dirigint-vos a la nostra entitat. Tot això segons el que estableix, la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i del comerç electrònic i les Directives 95/46/CE i 2000/31/CE.



Declaració responsable per a les famílies amb relació a la situació de pandèmia generada per la Covid-19

Declaro sota la meva responsabilitat:

- Que conec el context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure, en la qual (nom i cognoms del fill o filla) participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.
- Que se m'ha informat i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme, si apareix el cas d'una persona menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- Que m'encarrego d'aportar la quantitat necessària de mascaretes per a (nom i cognoms del fill o filla)per als dies que duri l'activitat.
- Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut de (nom i cognoms del fill o filla)compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn.

Finalment, que abans d'incorporar-se a l'activitat (nom i cognoms del fill o filla), compleix els requisits de salut següents:

- Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infeccios.
- No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.
- No ha presentat un resultat positiu per a Covid-19 en una prova diagnòstica, encara que no presenti simptomatologia.

Marqueu només en el cas d'un menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

- Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura del pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat