



FULL D'INSCRIPCIÓ CURS 2019 - 2020

DADES DE L'INFANT O JOVE

DADES DE L'INFANT/JOVE

Nom i cognoms* _____

adreça* _____ codi postal* _____

població* _____ DNI/NIE/Passaport _____

data de naixement* ___/___/___ telèfon1* _____ telèfon2 _____

Núm. targeta CatSalut: _____

* *Dades obligatòries*

En el cas dels infants o joves **DE 14 ANYS O MÉS** cal que donin el seu consentiment pel que fa al tractament de les seves dades facilitades per la mare/pare/tutor:

Jo, en/na _____ **AUTORITZO expressament a MEGSJC** per tractar les dades personals que voluntàriament facilito amb la finalitat de tramitar la sol·licitud d'inscripció a l'associació. *Aquesta autorització té validesa fins a la seva revocació per part del titular de les dades.*

A _____, a data de de 20.....

Signat (infant o jove): _____

Aquest full de sol·licitud d'inscripció el guardarem durant 3 anys. Les teves dades personals que hi apareixen, les que apareixen en els fulls que s'entreguen juntament amb la inscripció i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la teva participació a l'agrupament les incorporarem en un fitxer de MEGSJC a fi i efecte de poder tramitar la teva sol·licitud, i les guardarem després com a part de l'històric dels i les membres de l'associació.

Tens dret a accedir, rectificar, suprimir, oposar-te, a la portabilitat, i a limitar el tractament de les teves dades. Pots fer-ho enviant-nos un escrit, amb una fotocòpia del teu DNI/NIE/Passaport, dient-nos quin dret vol exercir a: MINYONS ESCOLTES I GUIES SANT JORDI DE CATALUNYA (Ref Protecció de Dades), Rambla M. Jacint Verdaguer, 10 (08197) VALLDOREIX (Barcelona), o a: protecciodedades@escoltesiguies.cat. En tot cas, sempre pots iniciar els tràmits per a la defensa dels teus drets davant de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (www.agpd.es).



Minyons Escoltes i Guies
de Catalunya

AUTORITZACIÓ**

Emplenar per la mare, pare o tutor/a legal .

Jo, en/na * _____ amb DNI/NIE/Passaport*
_____, i correu electrònic _____ i telèfon*
_____ com a pare/ mare / tutor/a legal (subratllar), **autoritzo** en/na*
_____ de la unitat de _____ de
l'Agrupament Escolta i Guia _____,
que pertany a Minyons Escoltes i Guies de Catalunya (MEG), a la Demarcació de
_____, **a participar en les excursions, sortides de cap de setmana,
campaments d'hivern, Setmana Santa, d'estiu i en totes les activitats organitzades per
l'agrupament, així com en activitats de bany i/o natació i cuina.**

Sap nedar: Sí No

AUTORITZO** als responsables de les activitats a proporcionar al meu fill/a l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitat i a l'hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari pel seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas (amb el ben entès que contactaran amb nosaltres a la major brevetat possible). Tanmateix, a poder portar el meu fill/a al metge o a l'hospital en cotxe privat.

AUTORITZO expressament a MEGSJC** per tractar les dades personals que voluntàriament facilito, segons les finalitats exposades en aquest escrit. *Aquesta autorització té validesa fins a la seva revocació per part del titular de les dades.*

Aquest document serà vàlid durant tot el **curs 2019/2020** i pot ser canviat prèvia sol·licitud.

A _____, a data de de 20.....

Signat (mare, pare o tutor/a legal): _____

* Dades obligatòries

** Aquesta autorització és imprescindible per formalitzar la inscripció i participar de l'activitat

Els informem que les dades personals incloses en aquesta sol·licitud d'inscripció, les que s'adjunten a la mateixa i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb MEGSJC seran incorporades en un fitxer propietat de MEGSJC, amb la finalitat de tramitar la sol·licitud, gestionar la participació en les activitats de l'entitat i complir amb el seu objecte social. El període de conservació del full d'inscripció serà de 3 anys. Les dades del interessat seran incorporades al fitxer propietat de MEGSJC i es conservaran com a part de l'històric dels i les membres de l'associació.

Si desitja exercitar els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, així com el dret a la portabilitat i a la limitació del tractament recollits en la normativa europea, pot fer-ho per correu postal, enviant una carta amb una fotocòpia del seu DNI/NIE/Passaport i una descripció del dret que desitja exercitar, a: MINYONS ESCOLTES GUIES SANT JORDI DE CATALUNYA (Ref: PROTECCIÓ de DADES), Rambla Mossèn Jacint Verdaguer 10 (08197) VALLDOREIX (Barcelona), o bé per correu electrònic, en les mateixes condicions, a: protecciodedades@escoltesiguies.cat. En qualsevol cas, pot dirigir-se a l'Agència Espanyola de Protecció de dades www.agpd.es per iniciar els tràmits corresponents en defensa dels seus drets.



FITXA DE SALUT CURS 2019-2020

DADES INFANT/JOVE

Emplenar per la mare, pare o tutor/a legal

Nom i cognoms* _____
Data de naixement* ___/___/___
Unitat: _____

Jo , en/na _____, amb DNI/NIE/Passaport _____ confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el

Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya: Sí No ¹

En cas de faltar alguna vacuna: Quina?

Última dosi antitetànica

Pateix alguna malaltia (asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)?.....
.....

Malalties que té sovint		(marcar amb una x i explicar)
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi		
Insomni		
Mareigs		
Altres		

Pren alguna medicació especial? Sí / No Quina?.....
.....

¹DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT

Jo, _____ amb DNI/NIE/Passaport _____, pare / mare /tutor de l'infant/jove _____ em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ del meu fill/a, atès que no he aportat el Carnet de Vacunacions a la sol·licitud d'inscripció i per tant, exonero l'Agrupament Escolta i Guia _____, els responsables de les activitats i l'equip de caps de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Signat (mare, pare o tutor/a legal): _____



Segueix algun règim (alimentari) especial? Sí / No Quin?.....

.....

Té les següents al·lèrgies:.....

.....

La seva reacció al·lèrgica és:

.....

.....

Com cal procedir:

.....

.....

AUTORITZO als caps a subministrar en cas de ferida lleu:

Nom del medicament	
Povidona iodada	

AUTORITZO als caps a subministrar en cas de febre alta (si no s'autoritza algun medicament, ratllar-lo):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat del menor	Pes del menor
Ibuprofè			
Paracetamol			

AUTORITZO als caps a subministrar en cas de dolor menstrual (si no s'autoritza algun medicament, ratllar-lo):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat de la menor	Pes de la menor
Ibuprofè			
Paracetamol			

AUTORITZO** el tractament de les dades incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb MEGSJC per a les finalitats indicades.

A, a data de de 20.....

Signat (mare, pare o tutor/a legal): _____

* Dades obligatòries

** Aquesta autorització és imprescindible per formalitzar la inscripció i participar de l'activitat

En el cas dels infants o joves **DE 14 ANYS O MÉS** cal que donin el seu consentiment pel que fa al tractament de les seves dades facilitades per la mare/pare/tutor:

Jo, en/na _____ **AUTORITZO** el tractament de les dades incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb MEGSJC per a les finalitats indicades.

A, a data de de 20.....

Signat (infant o jove): _____