

Dades del nen/nena

Nom i cognoms _____
Data de naixement ____ / ____ / ____ Edat _____ DNI/NIE document _____
Nom del pare, mare o tutor _____ DNI _____
Adreça _____ Població _____ CP _____
Correu electrònic _____ Telèfon particular _____ Mòbil 1 _____
Mòbil 2 _____

Informació bàsica del nen/nena

Sap nedar? Sí NO amb dificultat
És al·lèrgic/a? ____ A què? _____
Pren alguna medicació amb regularitat? _____ Quina? _____
Pateix hemorràgies sovint? _____ Pateix o ha patit convulsions? _____
Es cansa amb facilitat? ____ Característiques del nen/a que cal destacar _____

Marqueu amb una creu les setmanes que farà el vostre fill/a

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida | <input type="checkbox"/> 4a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida | <input type="checkbox"/> 8a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida |
| <input type="checkbox"/> 2a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida | <input type="checkbox"/> 5a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida | <input type="checkbox"/> 9a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida |
| <input type="checkbox"/> 3a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida | <input type="checkbox"/> 6a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida | <input type="checkbox"/> 10a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida |
| | | <input type="checkbox"/> 7a set Campus | <input type="checkbox"/> Acollida | | |

Autoritzacions

Autoritzo l'infant a practicar les activitats anteriorment esmentades, en les condicions establertes. Faig extensiva aquesta autorització per prendre les decisions medicoquirúrgiques que sigui necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa. Sí NO

Dono el meu consentiment per fer ús de la seva imatge en documentació i mitjans relacionats amb l'activitat [Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge]. Sí NO

Autoritzo el meu fill/a per sortir de l'activitat sense acompanyant un cop finalitzades les activitats. Sí NO

En el cas que NO tingui autorització de sortida: El/la Sr./Sra. _____ amb DNI núm. _____, com a pare/ mare/ tutor/a de _____, comunico les persones responsables del lliurament i recollida del nen/a seran 1 _____ relació: _____ 2 _____ relació: _____ 3 _____ relació: _____

Autoritzo el meu fill/a a realitzar totes les sortides i activitats que estiguin programades durant el Campus. Sí NO

Autorització del pare/mare o tutor, en conformitat amb l'article 13 del Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de Desenvolupament de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

D'acord amb la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, s'informa la persona interessada que les dades facilitades seran incloses en un fitxer de l'Ajuntament del Vendrell, amb la finalitat de realitzar la gestió de la sol·licitud. Així mateix, s'informa de la possibilitat d'exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició a qualsevol de les oficines del Servei d'Atenció Ciutadana de l'Ajuntament del Vendrell (plaça Vella, 1, del Vendrell, o avinguda de la Generalitat, 32, de Coma-ruga).

El Vendrell, ____ de ____ de 2022

Signat el pare/ mare o tutor/a