

FOTO DEL
ALUMNE

INSCRIPCIÓ AL CENTRE OBERT "LÚDIK"
I SERVEI D'ACOLLIDA 2021-2022

Núm. D'Inscripció:..... data

• **DADES PERSONALS:**

Nom i cognoms:.....D.N.I de l'alumne:.....
Data de naixement:..... Edat:.....
Adreça:.....Població:

Curs que realitzarà aquest any:.....

• **DADES FAMILIARS:**

Nom i cognoms tutor:.....
DNI o NIE del tutor:.....
Telèfons de contacte:.....
Correu electrònic:.....

Nom i cognoms tutora:.....
DNI o NIE de la tutora:.....
Telèfons de contacte:.....
Correu electrònic:.....

• **DIES D'ASSISTÈNCIA AL CENTRE OBERT "LÚDIK":**

DILLUNS DIMARTS DIMECRES DIJOURS DIVENDRES
(Mínim 4 dies d'activitat)

• **AUTORITZACIÓ PER A PARTICIPAR AL CENTRE OBERT:**

Noms i cognoms del pare/tutor:DNI:
Noms i cognoms de la mare/tutora:DNI:
El meu fill/a marxarà: SOL/A ACOMPANYAT PER:.....

• **AUTORITZACIÓ PER SER FOTOGRAFIAT AL CENTRE OBERT:**

Dono el consentiment perquè el meu fill/a sigui fotografiat mentre participa en les activitats del centre obert i, aquestes imatges siguin publicades a la revista municipal i/o a la web o les xarxes socials de l'Ajuntament d'Uldecona i la Fundació Privada Uldecona. SI NO

• **AUTORITZACIÓ PER REALITZAR SORTIDES DEL CENTRE OBERT:**

Dono l'autorització per a que el meu fill realitzi les diferents sortides programades pel Centre Obert(excursions, sortides a la biblioteca,visites, etc). SI NO

Uldecona, de..... de 20....

.....
Signatura tutor

DADES DOMICIALIACIÓ BANCÀRIA

DADES PAGAMENT				
Entitat bancària de pagament:				
Nom del titular del número del compte:				
Número del compte (IBAN):				
DNI o NIE del titular del Compte:				
Dies d'assistència al Lúdik:				
<input type="checkbox"/> Dilluns	<input type="checkbox"/> Dimarts	<input type="checkbox"/> Dimecres	<input type="checkbox"/> Dijous	<input type="checkbox"/> Divendres

• FITXA DE SALUT DEL ALUMNE

Núm. inscripció

DADES PERSONALS:

Nom i cognoms:

INFORMACIÓ SANITÀRIA BÀSICA:

Pateix hemorràgies sovint?

Pateix o ha patit convulsions?

Pateix alguna malaltia o insuficiència respiratòria? Quina?

Pateix alguna malaltia o insuficiència cardíaca? Quina?

És al·lèrgic? A què?

Pren alguna medicació? Quina?

Té totes les vacunes posades, per a la seva edat?.....En cas ,que no. Quina li fa falta?.....

Ha sofert alguna lesió motriu? Quina?.....

Pateix alguna discapacitat que requereixi alguna atenció especial? Quina?

Altres malalties:

Observacions a tenir en compte:

.....
.....
.....
.....

Firma tutors legal:

Ulldecona,de/d'.....de 20...

AUTORITZACIÓ PER TRASLLAT AL CENTRE DE SALUT

Jo.....(tutor) de
..... amb DNI dono el
consentiment perquè el meu fill sigui traslladat, en cas de necessitat, al Centre de
Salut, amb el vehicle particular dels responsables del Centre Obert Lúdik.

El telèfons de contacte per informar de la situació per ordre de preferència són:

1.(telèfon)de(nom i cognoms).....(parentiu)
2.(telèfon)de(nom i cognoms).....(parentiu)
3.(telèfon)de(nom i cognoms).....(parentiu)
4.(telèfon)de(nom i cognoms).....(parentiu)
5.(telèfon)de(nom i cognoms).....(parentiu)

Signat

Signatura tutor legal

Ulldecona..... de/d'..... de 20....

AUTORITZACIÓ TRACTAMENT DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

Sr/a..... amb DNI....., en nom i representació pròpia o com tutor/a legal de presta el seu consentiment exprés e inequívoc pel tractament de les dades tant identificatives com de salut facilitades a FUNDACIÓ ULLDECONA, així com informes mèdics, anàlisis o qualsevol prova mèdica entregada, amb la finalitat de poder realitzar i gestionar els serveis prestats.

Tot això de conformitat amb la Llei 15/1999, de Protecció de dades de caràcter personal i essent coneixedor de la possibilitat d'exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició previstos en el mencionat cos legal, davant de FUNDACIÓ ULLDECONA, en c/Maestrat nº 1 de 43550 Ulldecona(Tarragona)

Per aquest fet signo,

Signatura tutor legal

A Ulldecona a ____ de/d'..... de 20__