Fitxa d’inscripció



A.E. Trieu un element.

#### 

Dades infant o jove

Nom i cognoms: Feu clic aquí per escriure text.

Gènere: Trieu un element. Data de naixement: Feu clic aquí per escriure una data.

Població: Feu clic aquí per escriure text. Codi Postal: Feu clic aquí per escriure text.

Adreça: Feu clic aquí per escriure text.

DNI o NIE (si té 14 anys o més): Feu clic aquí per escriure text.

Data d’entrada a l’Agrupament: Feu clic aquí per escriure una data.

Ha entrat a l’Agrupament perquè:

Hi té amistats o familiars

Coneix l’agrupament per la seva activitat al barri o municipi

Altres (explicar): Feu clic aquí per escriure text.

Té germans? Quants? Feu clic aquí per escriure text.

Hi ha tradició escolta a la família? Feu clic aquí per escriure text.

Altres agrupaments o esplais on hi hagi estat? Feu clic aquí per escriure text.

Dades mare/pare/tutor legal

Nom i cognoms: Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon: Feu clic aquí per escriure text. Mail: Feu clic aquí per escriure text.

Nom i cognoms: Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon: Feu clic aquí per escriure text. Mail: Feu clic aquí per escriure text.

IBAN (en cas de domiciliació de pagaments): Feu clic aquí per escriure text.

**Observacions:** Feu clic aquí per escriure text.

Autorització de participació

Jo, Feu clic aquí per escriure text. resident a Feu clic aquí per escriure text., codi postal Feu clic aquí per escriure text., amb el telèfon Feu clic aquí per escriure text. , amb DNI o NIE Feu clic aquí per escriure text., en qualitat de tutor/a legal i coneixent la programació d'activitats de l’Agrupament Escolta Trieu un element..

**AUTORITZO:**

Al meu fill/a, tutelat/ada Feu clic aquí per escriure text. a l’assistència i participació de l’activitat anual, sortides i campaments de l’Agrupament Escolta Trieu un element. d’Escoltes Catalans, que es desenvolupa, de manera ordinària cada Feu clic aquí per escriure text. de Feu clic aquí per escriure text. a Feu clic aquí per escriure text. al municipi de Feu clic aquí per escriure text..

Faig extensiva la mateixa per als següents casos específicament detallats a continuació:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORITZO A** | SÍ | NO |
| Banyar-se a rius, llacs, piscines públiques o privades, etc. |  |  |
| Efectuar petites cures i subministrar, només, antitèrmics, antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol, àcid acetilsalicílic o ibuprofèn, per part de l’equip de caps. |  |  |
| Feu clic aquí per escriure text. |  |  |
| Feu clic aquí per escriure text. |  |  |

Així mateix, em faig responsable de qualsevol acció voluntària en contra de persones o béns que pugui cometre el meu fill/a.

I per deixar-ne constància signo la present autorització,

**Nom i cognoms de qui ho signa**, Feu clic aquí per escriure text.

**Data**, Feu clic aquí per escriure una data.

**Signatura**,

*En el cas de ser menor de* ***16 anys*** *és obligatòria la signatura del pare, mare o tutor.*

Fitxa d’informació sanitària del curs

Nom i cognoms: Feu clic aquí per escriure text. Unitat: Feu clic aquí per escriure text.

Data de naixement: Feu clic aquí per escriure una data.

Número de targeta CatSalut: Feu clic aquí per escriure text.

*\* Per sortides i campaments caldrà entregar l’original a l’equip de caps*

**Generalitats**

Ha patit malalties importants? Quines? Feu clic aquí per escriure text.

Pateix alguna malaltia crònica o aguda? Quina? Feu clic aquí per escriure text.

Malalties que té sovint:

Mal de panxa Mal de cap Otitis Angines Faringitis

Refredats Hemorràgies Enuresi Insomni Mareigs

Altres. Quines? Feu clic aquí per escriure text.

Es mareja amb facilitat? Sí No

Es cansa aviat? Sí No

S’aixeca a la nit? Sí No

Segueix tractament psicològic? Sí No

L’han operat mai? Sí. De què? Feu clic aquí per escriure text. No

**Medicació**

Actualment pren algun medicament? Quin? Especifiqueu hores i en quina quantitat.

Feu clic aquí per escriure text.

En cas de necessitat de tractament mèdic, **AUTORITZO** l’administració de la medicació esmentada a la recepta i posologia indicades.

Sí No

\* *Cal adjuntar la recepta o receptes amb la posologia signades pel personal mèdic.*

**Alimentació**

Segueix algun règim especial (hi ha quelcom que no pugui menjar, etc.)? Quin?

Feu clic aquí per escriure text.

**Vacunes**

Està vacunat/ada d’acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya? *(No és necessari adjuntar el Carnet de Vacunacions)*

Sí No

\* *En cas de respondre* ***No*** *heu d'adjuntar signat el* [model de declaració responsable de no vacunació](https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/JOVENTUT_documents/arxiu/lleure/Model_declaracio_responsable_no_vacunacio_anem_preparats.doc)

**Al·lèrgies**

És al·lèrgic/a a algun medicament, menjar, animal, planta, etc.? Quin?

Feu clic aquí per escriure text.

**En cas d’urgència, avisar a:**

Noms i cognoms: Feu clic aquí per escriure text.

Adreça: Feu clic aquí per escriure text. Població: Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon/s: Feu clic aquí per escriure text. Horaris: Feu clic aquí per escriure text.

Noms i cognoms: Feu clic aquí per escriure text.

Adreça: Feu clic aquí per escriure text. Població: Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon/s: Feu clic aquí per escriure text. Horaris: Feu clic aquí per escriure text.

Noms i cognoms: Feu clic aquí per escriure text.

Adreça: Feu clic aquí per escriure text. Població: Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon/s: Feu clic aquí per escriure text. Horaris: Feu clic aquí per escriure text.

**AUTORITZO** a les persones responsables de les activitats per **a proporcionar al meu fill/a, tutelat/ada l’assistència sanitària** oportuna en cas de necessitat. Igualment, autoritzo a l’hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari per al seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas. Amb el benentès que contactaran amb nosaltres amb la brevetat més gran possible.

Sí No

Tanmateix, **AUTORITZO** a poder **fer desplaçaments per motius sanitaris no especialitzats**.

Sí No

**Observacions:** Feu clic aquí per escriure text.

Nom i cognoms de qui ho signa, Feu clic aquí per escriure text.

Data, Feu clic aquí per escriure una data.

Signatura,

*En el cas de ser menor de* ***16 anys*** *és obligatòria la signatura del pare, mare o tutor.*

Protecció de dades personals

**Responsable, base jurídica i finalitats del tractament:**

T’informem que les dades contingudes al present formulari i totes les que es puguin derivar de la teva relació amb nosaltres, seran tractades per ESCOLTES CATALANS amb NIF G08983199 i domicili a C/de la Mare de Déu del Pilar, 16 (08003) Barcelona.

Des d’ESCOLTES CATALANS tractem les dades personals respectant els principis recollits en la normativa aplicable i en particular el RGPD i la LOPDGDD.

Tractarem les dades incloses en el present formulari per la gestió de la teva inscripció als nostres agrupaments o a qualsevol de les nostres activitats, cursos i formacions, com per gestionar la teva relació amb ESCOLTES CATALANS, d’acord amb el teu consentiment mitjançant la inscripció del present formulari.

Si s’hi escau, tractarem les dades sanitàries facilitades únicament per a poder tenir cura i gestionar les teves necessitats alimentàries, d’al·lèrgies o d’altres patologies concretes, i en el cas que sigui necessari, per a poder donar suport al personal sanitari, si requereixes assistència mèdica durant el desenvolupament de les activitats en què participis.

De la mateixa manera, podrem tractar les dades per a enviar-te informació sobre les nostres activitats o esdeveniments, així com per a enviar notícies relacionades amb l’escoltisme, a través del nostre Butlletí segons el nostre interès legítim en comunicar-te aquesta informació. Marca la següent casella si no vols rebre el nostre butlletí:

No desitjo rebre el Butlletí d’ESCOLTES CATALANS.

**Grup de Whatsapp:**

Així mateix, si així ens autoritzes, podrem convidar-te al grup de Whatsapp del teu agrupament o de l’activitat concreta, que crearà i gestionarà el CAP o el seu responsable. Tingues present que això suposarà que altres membres del grup puguin veure el teu telèfon mòbil. Com a membre del grup et podràs donar de baixa en qualsevol moment.

Vull que m’incloguin en el grup de Whatsapp del meu agrupament o de l’activitat en la qual participo.

Drets d’imatge

Així mateix, podrem tractar la teva imatge o veu durant la teva participació en les nostres activitats, en les que podrem realitzar fotos o vídeos. Marcant la casella autoritzes a ESCOLTES CATALANS a publicar la teva imatge al seu lloc web, al dels seus agrupaments, al de la FEDERACIÓ CATALANA D’ESCOLTISME I GUIATGE i al de la FUNDACIÓ ESCOLTA JOSEP CAROL, així com als seus perfils de xarxes socials, filmacions, revistes o publicacions d’aquestes entitats o d’aquelles de l'àmbit de l'escoltisme i el guiatge destinades a difusió pública.

**Autoritzo el tractament de la meva imatge i veu per ESCOLTES CATALANS per les finalitats anteriorment indicades.**

Aquesta autorització serà vàlida indefinidament, o bé fins que ens puguis indicar el contrari.

**Comunicació de dades a tercers:**

ESCOLTES CATALANS garanteix la confidencialitat de les dades de caràcter personal, no comunicant-les a tercers sense la prèvia autorització dels seus titulars o dels seus pares, mares o representants legals. No obstant això, en virtut de les diferents necessitats i obligacions legals d’ESCOLTES CATALANS, podrem comunicar les dades als següents destinataris:

Proveïdors de serveis

ESCOLTES CATALANS podrà subcontractar diferents serveis amb proveïdors externs que tindran accés a dades de caràcter personal, a títol merament enunciatiu i sense caràcter limitatiu:, consultors, proveïdors de serveis informàtics, de programari, cloud o en el núvol i els seus servidors informàtics, i altres proveïdors i professionals, qui tractaran les dades en nom i per compte d’ESCOLTES CATALANS, mitjançant la formalització d’acords d’encàrrec del tractament.

Administració pública i autoritats:

Podrem comunicar les dades personals i qualsevol altra informació que estigui en el nostre poder o que sigui accessible a través dels nostres sistemes i sigui requerida, de conformitat amb les disposicions legals i reglamentàries aplicables al cas per l’administració pública amb competència en la matèria, així com per les autoritats públiques competents. Tot això per habilitació legal i amb l’única finalitat de complir amb les nostres obligacions i prevenir abusos o activitats fraudulentes.

Fundació Escolta Josep Carol:

Sempre prèvia autorització de la persona interessada, les seves dades podran ser comunicades a Fundació Escolta Josep Carol per a la gestió de diferents serveis i activitats que ho requereixin.

**Conservació de les dades:**

Les dades personals, incloses les dades sanitàries, es conservaran pel temps necessari per atendre a la finalitat per la qual haguessin estat recollides i a les obligacions legals derivades de la mateixa i, en qualsevol cas, acabada la teva relació amb ESCOLTES CATALANS, per un màxim de 5 anys. En el cas de dades econòmiques, es conservaran a l’empara del que disposa la normativa tributària.

Les dades de subscripció al Butlletí seran conservades fins que la persona subscriptora sol·liciti la cancel·lació de la subscripció, el compte d’e-mail de la subscripció.

Conservarem les imatges i les gravacions indefinidament o fins que ens comuniquis que vols que les eliminem.

**Transferència internacional de dades:**

Així mateix, t’informem que les dades personals podran ser allotjades a servidors ubicats a tercers països fora de l’Espai Econòmic Europeu, ja que treballem amb eines al núvol o SaaS com Google Suite, Dropbox, etc. ESCOLTES CATALANS vetlla perquè els països de destí de les seves dades personals sempre tinguin un nivell de seguretat equiparable i adequat de protecció i en compliment de l’estipulat als Arts. 44 i següents del RGPD.

**Exercici de drets:**

Si desitges exercir els teus drets d’accés, rectificació, supressió i oposició, així com el dret a la portabilitat i a la limitació del tractament, i en el seu cas, revocar el seu consentiment en aquells casos en els quals aquesta sigui la base jurídica de legitimació, pot dirigir-se a: ESCOLTES CATALANS - C/de la Mare de Déu del Pilar, 16 (08003) Barcelona; o bé [ec@escoltes.org](mailto:ec@escoltes.org). Finalment, i en qualsevol supòsit de vulneració del dret a la protecció de dades personals, et pots dirigir a l’Agència Espanyola de Protecció de Dades, [www.aepd.es](http://www.aepd.es).

**Nom i cognoms de qui ho signa**, Feu clic aquí per escriure text.

**Data**, Feu clic aquí per escriure text.

**Signatura,**

*En el cas de ser menor* ***de 14 anys*** *és obligatòria, en matèria de protecció de dades personals, la signatura del pare, mare o tutor*

Altres autoritzacions

Si teniu necessitat d’autoritzar alguna situació o condició especial pròpia del vostre agrupament o realitat, ho podeu indicar en aquesta pàgina:

Feu clic aquí per escriure text.

**Nom i cognoms de qui ho signa,** Feu clic aquí per escriure text.

**Data**, Feu clic aquí per escriure text.

Signatura,

*En el cas de ser menor* ***de 14 anys*** *és obligatòria, en matèria de protecció de dades personals, la signatura del pare, mare o tutor*