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. 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*