



DADES PERSONALS DEL NEN/A

NÚM. D'INSCRIPCIÓ

1r COGNOM:		
2n COGNOM:		
NOM:		
DATA DE NAIXEMENT:	EDAT:	CURS:
ADREÇA:		
POBLACIÓ:	C.P.:	
NOM PARE I MARE:		
TELÈFON:	TELF. D'URGÈNCIA:	
NUMERO SS:	E-MAIL:	

DADES DE L'ACTIVITAT QUE VOL REALITZAR

Senyaleu amb una **X** les setmanes de casal, i l'horari a escollir.

	1a setmana (29 de juny al 3 de juliol)	2a setmana (6 al 10 juliol)	3a setmana (13 al 17 juliol)	4a setmana (20 al 24 juliol)	5a setmana (27 al 31 de juliol)
ACOLLIDA					
MATÍ I TARDA					
MATÍ					
MENJADOR					
COLÒNIES					

El primer pagament s'ha de fer abans del **22 de juny** i haurà de ser del 50% del total de l'activitat. El 50% restant s'ha d'efectuar abans del **3 de juliol**.

Al concepte de **l'ingrés/transferència** cal indicar: **CASAL STA. EULÀLIA+NOM I COGNOMS INFANT**.

L'ingrés o transferència cal efectuar-lo al número de compte corrent: **ES56-0081-0161-7100-0133- 4642** del "Banc Sabadell".

ANUL·LACIÓ INSCRIPCIONS:

Un cop realitzada la inscripció, en cas de baixa, no es retornarà l'import abonat.

En cas de malaltia, degudament justificada amb certificat mèdic, es retornarà el 100% de la part del casal que li falta per gaudir o es podrà canviar les setmanes inscrites només en cas de que hi hagi places.

Finalment, si fos el Departament de Salut o qualsevol autoritat competent qui decretés la suspensió dels casals per criteris de salut pública

Kampi Ki Pugui es compromet a retornar el 100% de la part no gaudida de la quota del casal.

Junt amb aquest full d'inscripció emplenat heu de portar:

- Resguard de l'ingrés bancari.
- Una còpia de la targeta sanitària de l'infant. **(En el cas de colònies haurà de portar la original el dia de la sortida.)**
- Una còpia del carnet de vacunes o certificat mèdic indicant l'estat de salut de l'infant.
- Una còpia del D.N.I. de la persona que signa la inscripció
- Declaració responsable

INFORMACIÓ SANITÀRIA

- Es fatiga fàcilment? SI NO
- Es mareja en autocar? SI NO
- Sap nedar? SI NO
- Menja: DE TOT POQUES COSES MOLT POC
- És al·lèrgic a algun aliment? Quin?.....
- Segueix algun règim especial?.....
- És diabètic? SI NO
- És propens a l'acetona? SI NO
- És al·lèrgic? SI NO A QUÈ?.....
- Malalties que ha passat:
PAPERES XARAMPIÓ VARICEL·LA RUBEOLA
- Pateix alguna malaltia? (asma, epilèpsia, problemes quirúrgics,...).....Estat actual.....
- Té problemes de vista o oïda? Quins?
- Té alguna disminució (psíquica, física, motriu,...)?.....
- Pateix d'enuresi nocturna? SI NO
- Utilitza algun tipus d'aparell corrector (ulleres, plantilles,...)? Quin?.....Se'n fa responsable? SI NO
- Quin tipus de medicina segueix? Homeopàtica Tradicional
- Pren alguna medicació? Quina?.....
- Altres dades sanitàries o mèdiques d'interès:.....
- Té la pell sensible al sol? SI NO
- Altres dades sanitàries o mèdiques d'interès:

- **En cas d'anar de colònies**, ha de dormir a la llitera de: A DALT A BAIX INDIFERENT
- **SI ÉS NENA:**
Té la menstruació? SI NO
Com la viu?.....
És autònoma amb les mesures d'higiene que cal prendre? SI NO



AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR/A

Jo,....., amb D.N.I. núm.....

Autoritzo al meu fill/a..... a Kampi Ki Pugui i en concret als seus membres i/o educadors o persones que actuïn en nom d'aquesta a:

- Participar a les activitats sol·licitades, sota les condicions establertes.

SI

NO

- Que el meu fill pugui aparèixer en fotografies, filmacions que es derivin de les activitats que es realitzarà sota la supervisió i control d'aquestes (C.E. art. 18.1 i Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig), per a que les famílies puguin disposar d'elles un cop finalitzada l'activitat.

SI

NO

- Als desplaçaments en els mitjans de transports corresponents per part dels educadors i/o monitors adscrits a les activitats. En totes aquelles sortides del centre, que s'hagin de realitzar per tal de desenvolupar l'activitat.

SI

NO

- A que es prenguin les mesures mèdico-sanitàries i quirúrgiques que amb caire d'urgència s'hagin de realitzar al meu fill/a, i que siguin derivades dels trasllats o de les activitats que desenvolupi.

SI

NO

CONSENTO EXPRESSAMENT I AUTORITZO a l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI i per tant a les persones adscrites, inscrites, titulars i col·laboradors de tots els departaments, en els que s'organitza l'Associació Educativa KAMPI KI PUGUI perquè tracti les dades personals que voluntàriament he facilitat en documents adjunts, d'acord amb allò disposat a la Llei 15/1999 de 13 de desembre i pel Real Decret 1720/2007, de 21 de desembre, pel qual s'aprova el Reglament de desenvolupament de la LOPD, limitant la referida autorització al compliment dels fins directament relacionats amb les funcions legítimes del Responsable del Fitxer, així com l'enviament d'informació sobre activitats de l'Associació per correu postal, correu electrònic o per butlletins o revistes.

El responsable del fitxer és l'Associació educativa KAMPI KI PUGUI. Per exercitar els drets amunt mencionats, i per qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit a ASSOCIACIÓ EDUCATIVA KAMPI KI PUGUI C/. RONDA DE LA VIA 57, LOCAL, D.P. 08903 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT (BCN)

Prenc el compromís de vetllar pel bon funcionament del casal.

L'Hospitalet de Llobregat, ade.....de 20..

Signatura del pare/mare o tutor/a:

DECLARACIÓ RESPONSABLE EN RELACIÓ AMB LA SITUACIÓ DE PANDÈMIA GENERADA PER LA COVID-19

Declaro sota la meva responsabilitat:

- Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure, en la qual en/na participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'Associació Educativa Kampi Ki Pugui no són responsables de les contingències que es puguin ocasionar en relació a la pandèmia durant l'activitat.
- Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- Que m'encarrego d'aportar la quantitat necessària de mascaretes per en/na per als dies que duri l'activitat.
- Que informaré l'Associació Educativa Kampi Ki Pugui sobre qualsevol variació de l'estat de salut d'en/na compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l'activitat, en/na compleix els requisits de salut següents:

- Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

Només marcar en cas de menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

- Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat