

FITXA D'INSCRIPCIÓ ACOLLIDA TARDES ESCOLA ESTEL GUINARDÓ

NÚM. D'INSCRIPCIÓ	ESCOLA

fotografia

DADES PERSONALS DEL INFANT	
1r COGNOM:	
2n COGNOM:	
NOM:	
DATA DE NAIXEMENT:	EDAT:
ADREÇA:	
POBLACIÓ:	C.P.:
NOM PARE I MARE:	
TELÈFON:	TELF. D'URGÈNCIA:
EMAIL:	
CURS :	

DIES QUE S'INSCRIU AL SERVEI D'ACOLLIDA DE TARDA:

Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous	Divendres

PAGAMENT

El cost total de l'activitat s'haurà d'abonar mensualment a través de la quota de l'AFA.

La contractació de l'activitat d'acollida a les tardes és per a tot el mes, per tant en cas de baixa no es retornaran els diners, exceptuant raons de força major.

En cas de malaltia, degudament justificada amb certificat mèdic, es retornarà el 100% de la part de la acollida que faltava per gaudir o es podrà quedar com a pagament del següent mes.

Finalment, si fos el Departament de Salut o qualsevol autoritat competent qui decretés la suspensió de les activitats per criteris de salut pública, KKP es compromet a retornar el 70% de la part no gaudida de la quota de l'activitat, reservant el 30% per cobrir les despeses de monitoratge que ocasionaria aquesta situació sobrevinguda.

Per a **formalitzar les inscripcions** per començar el mes de setembre (a partir de dilluns 21) s'ha d'omplir el formulari <https://cutt.ly/AcollidaTarda> fins el **dijous 17 de setembre**.

Per a inscripcions a partir del mes d'octubre, s'haurà d'enviar un email a secretaria@afaestelguinardo.org indicant **nom i cognoms infant + curs i grup de color + dia/es de la setmana fixos que s'inscriu**.

A més a més **CALDRÀ PORTAR LA SEGÜENT DOCUMENTACIÓ EN PAPER EL PRIMER DIA D'ACOLLIDA**. En el cas de no portar-la, l'infant no es podria quedar a la acollida:

- El formulari d'inscripció, que us adjuntem amb aquesta nota informativa, signat pel tutor/a del infant.
- Fitxa sanitària i **declaració responsable** confirmant que l'infant reuneix els requisits de salut i de coneixement del context de pandèmia actual i les circumstàncies i risc que comporta.
- Fotocòpia del calendari de vacunes actualitzat. En el cas de no tenir calendari de vacunacions, un informe mèdic que acrediti que l'infant està sa.
- Fotocòpia de la cartilla de la Seguretat Social de l'infant.
- Fotografia de l'infant mida carnet.
- Fotocòpia del D.N.I. de la persona que autoritza la inscripció.

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

- 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.

A....., ade.....de 20...

Signatura del pare/mare o tutor/a:

DATA FITXA: **FITXA SANITÀRIA**- En autocar, es mareja? SI NO - Es fatiga fàcilment? 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,...)? - 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? - Té la pell sensible al sol? SI NO - Altres dades sanitàries o mèdiques d'interès:

Signatura pare, mare o tutor/a:

D.N.I.:

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