

FITXA D'INSCRIPCIÓ ACTIVITATS EXTRAESCOLARS E.G.

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 :	

DADES DE L'ACTIVITAT QUE VOL REALITZAR

CLASSES	Dilluns	Dimarts	Dimecres	Dijous
BLAVA, TARONJA, VERDA I GROGA	RACÓ DE L'ART	BALL MODERN	ESPORTS	TEATRE
VERMELL, FÚCSIA I TURQUESA	RACÓ DE L'ART	ESPORTS	ESCACS	TEATRE
CIAN, MARRÓ I VIOLETA	ESPORTS	TEATRE	ESCACS	RACÓ DE L'ART
AMBRE, BEIX I CORAL	TEATRE	RACÓ DE L'ART	ESCACS	ESPORTS

Senyaleu amb una X les activitats extraescolars que voleu realitzar.

PAGAMENT

El pagament de les activitats extraescolars són trimestrals i es cobraran a través de la quota de l'AFA.

La contractació de les activitats extraescolars és per a tot el trimestre, per tant en cas de baixa no es retornaran els diners, exceptuant raons de força major.

La viabilitat de les activitats, horaris i l'ajust del pressupost dependrà del grau de participació.

Per a formalitzar les inscripcions s'ha d'enviar un email a secretaria@afaestelguinardo.org abans del **16 d'octubre de 2020** indicant nom i cognoms infant + curs i grup de color + dia/es de la setmana que s'inscriu + tota la documentació requerida:

- Formulari d'inscripció, la fitxa sanitària i la declaració responsable confirmant que l'infant reuneix els requisits de salut i de coneixement del context de la pandèmia actual. Us ho podeu descarregar aquí. Ha d'estar signat pel tutora de l'infant.
- Fotocòpia del calendari de vacunes actualitzat. En el cas de no tenir calendari de vacunacions, un informe mèdic que acrediti que el infant està sa.
- Fotocòpia de la targeta sanitària de l'infant.
- Fotografia de l'infant mida carnet.
- Fotocòpia del DNI de la persona que autoritza la inscripció.

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

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 de l'activitat.

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

Signatura del pare/mare o tutor/a:

FITXA SANITÀRIA

DATA FITXA:

- 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 infeccios.
- 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