

AUTORITZACIÓ PER AL CASAL D'ESTIU 2020**ESCOLA ÍTACA**

Jo _____ amb DNI _____ com a pare / mare / tutor
del nen/a _____

AUTORITZACIÓ

(marqueu aquelles autoritzacions per als vostres fills/es)

- Dono la meva autorització per a que el meu fill/a **participi al casal d'estiu 2020** organitzat per la Fundació La Xarranca a l'escola ÍTACA i en les diferents activitats incloses en la programació d'aquesta.
- Dono la meva autorització per a què el meu fill/a sigui **traslladat i atès** en un centre sanitari en cas d'accident o incident.
- Que se li puguin fer les **cures** pertinents i els **primers auxilis** a l'infant en cas de ferides lleus, sempre prèvia revisió de la seva fitxa de salut.
 - No dono la meva autorització
- Dono la meva autorització per a què la **imatge** del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies /o vídeos fets durant l'activitat i que després puguin ser publicats al full informatiu de la setmana, a la pàgina web del CAE (www.cae.cat), a les xarxes socials del CAE i la Fundació La Xarranca o en publicacions d'àmbit educatiu.
 - No dono la meva autorització
- Dono la meva autorització per a què el meu fill/a pugui **marxar sol/a en finalitzar l'activitat**
 - No dono la meva autorització

Persones que el/la poden recollir: _____

Signatura:

A, _____, el ____ de ____ de 2020

Per donar compliment a les obligacions que estableix la normativa de protecció de dades us facilitem la informació sobre quin és el tractament que apliquem a les vostres dades personals.

- Responsable del tractament: La Xarranca, fundació socioeducativa privada
- Finalitat: gestionar la inscripció a les activitats de la Xarranca i informar de les activitats de l'entitat
- Drets: d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament o portabilitat a través de l'adreça protecciondades@cae.cat
- + Informació: política de privacitat i protecció de dades a www.cae.cat

FITXA DE SALUT

NOM I COGNOMS DE L'INFANT : _____

Pateix alguna malaltia?

- Sí
 No

En cas que sí, indiqueu quina:

Té alguna al·lèrgia o intolerància?

- Sí
 No

En cas que sí, indiqueu quina:

Pren algun medicament?

- Sí
 No

En cas que sí,

Dono la meva autorització perquè l'equip de monitors/es subministri a l'infant la medicació que detallo a continuació:

- Nom del medicament: _____
- Hora de subministrament: _____
- Dosi a subministrar: _____

Observacions a tenir en compte

Signatura:

A, _____, el ____ de ____ de 2020

Per donar compliment a les obligacions que estableix la normativa de protecció de dades us facilitem la informació sobre quin és el tractament que apliquem a les vostres dades personals.

- Responsable del tractament: La Xarranca, fundació socioeducativa privada
- Finalitat: gestionar la inscripció a les activitats de la Xarranca i informar de les activitats de l'entitat
- Drets: d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament o portabilitat a través de l'adreça protecciondades@cae.cat
- + Informació: política de privacitat i protecció de dades a www.cae.cat

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

NOM I COGNOMS DE L'INFANT : _____

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 que en/la participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.
- Que he sigut informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que poden haver-se de dur a terme si apareix un cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- Que m'encarrego d'aportar una mascareta diària per en/la pels dies que duri l'activitat, en cas que així ho requereixi l'equip de dirigents.
- Que informaré a l'entitat organitzadora de qualsevol variació de l'estat de salut d'en/la 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/la 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 infecció.
- 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 la Covid-19:

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

Nom tutor/a legal

Cognoms

DNI

Signatura:

A, _____, el _____ de _____ de 2020

Per donar compliment a les obligacions que estableix la normativa de protecció de dades us facilitem la informació sobre quin és el tractament que apliquem a les vostres dades personals.

- Responsable del tractament: La Xarranca, fundació socioeducativa privada
- Finalitat: gestionar la inscripció a les activitats de la Xarranca i informar de les activitats de l'entitat
- Drets: d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament o portabilitat a través de l'adreça protecciondades@cae.cat
- + Informació: política de privacitat i protecció de dades a www.cae.cat