

FITXA D'INSCRIPCIÓ - PROGRAMA CONCILIA JULIOL

 GRUP INFANTIL (3 – 5 anys)

 GRUP PRIMÀRIA (6– 11 anys)

DADES DEL PARTICIPANT	Nom complet del xiquet/ xiqueta participant :			
	Edat :		Data de naixement :	
	Centre escolar :		Curs :	Grup :
	Domicili :			
	Núm. :	Escala :	Porta :	
	Codi Postal :		Població :	Província:
DADES DELS PROGENITORS	Nom progenitor 1:			
	DNI :		Correu electrònic :	
	Tel. de contacte :		Actiu laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nom progenitor 2:			
	DNI :		Correu electrònic:	
Tel. de contacte :		Actiu laboral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

HORARIS	NOTA: Marca amb una creu el que utilitzarà el teu fill/la teua filla.	
	Entrada a les 15.00h Ja es troba al centre perquè assistix a l'Escola d'Estiu i es queda al menjador. Eixida a les 17.00h Eixida a les 18.00h	

FITXA MÈDICA	Núm. SIP	
	Té algun tipus d'al·lèrgia?	
	Seguix algun tractament mèdic?	
	Té algun tipus de necessitat educativa especial?	
	Observacions (realitza observacions sobre este tema que es consideren oportunes) NOTA: Adjunte qualsevol informe mèdic que es considere oportú.	

AUTORIZACIONS DE RECOLLIDA	NOTA: ATENCIÓ , sols les persones indicades podran recollir els/les participants, imprescindible identificació amb el DNI, inclòs pares/mares/tutors.		
	Nom complet		DNI
	Nom complet		DNI
	Nom complet		DNI
	Nom complet		DNI
<input type="checkbox"/> El meu/a fill/a tornarà sol/a a casa. (marca amb una X)			
DNI i firma			

AUTORITZACIÓ	Sr./Sra. _____ amb DNI _____ i, Sr./Sra. _____ amb DNI _____ en qualitat de (pare, mare, tutor/a) autoritze el meu/a fill/a: _____ (marca les que corresponguen)		
	AUTORITZACIÓ MÈDICA <input type="checkbox"/> Autoritze a les decisions i accions mèdiques necessàries, en cas d'urgència, sota la direcció facultativa pertinent.		
	AUTORITZACIÓ DRET D'IMATGE <input type="checkbox"/> Autoritze a l'Ajuntament d'Albal a realitzar fotografies del meu/a fill/a i al seu posterior ús.		
	AUTORITZACIÓ INFORMACIÓ VIA WHATSAPP / TELEGRAM <input type="checkbox"/> Autoritze a utilitzar el meu número de telèfon mòbil per a rebre informació via whatsapp / telegram per a qüestions referents a l'activitat.		
	Firma 1r progenitor		Firma 2n progenitor

S' ADJUNTA :	<input type="checkbox"/> Sentència judicial i /o conveni regulador o document públic en el qual conste custòdia del/ de la menor. <input type="checkbox"/> Títol que acredite la condició de família monoparental. <input type="checkbox"/> Documents acreditatius d'estar en situació d'actiu.		
DECLARACIÓ RESPONSABLE	DECLARACIÓ RESPONSABLE <p>Les persones sol·licitants més amunt mencionades declaren expressament que totes les dades senyalades en esta sol·licitud són certes. Així mateix declaren conèixer les bases reguladores d'esta activitat i les responsabilitats que del seu incompliment poguera derivar-se.</p>		
	Data _____ Albal, _____ de _____ de 2022		
	Firma 1r progenitor		Firma 2n progenitor

Les dades no seran cedides a tercers, llevat que siguen comunicades a les entitats públiques i privades, a les quals siga necessari o obligatori cedir-les per a poder gestionar el servei, així com en els supòsits previstos, segons Llei. Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació o, si és el cas, oposició, presentant un escrit acompanyat de NIF en el registre d'entrada de l'Ajuntament: plaça del Jardí, 7, 46470 Albal, València o, si és el cas, al nostre delegat de protecció de dades dpo@albal.es, si considera vulnerat el seu dret podrà interposar una reclamació davant de l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (www.aepd.es).