

AUTORITZACIÓ PER AL CASAL DE JORNADA INTENSIVA JUNY 2024

ESCOLA SANT VICENÇ

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 de jornada intensiva 2024** organitzat per la Fundació La Xarranca a l'escola SANT VICENÇ 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 2024

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 2024

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