

## AUTORITZACIÓ PER AL CASAL D'ESTIU 2024

### ESCOLA LA SÈQUIA

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 2024** organitzat per la Fundació La Xarranca a l'escola LA SÈQUIA 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](http://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 autoritzacióPersones que el/la poden recollir: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signatura:

A, \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2024

**\* El Decret 167/2016 que regula les activitats de lleure infantil i juvenil, obliga a les entitats organitzadores a disposar del fulls d'autorització i fitxa de salut de tots/es les participants en format original (no sent vàlides les fotocòpies)**

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](mailto:protecciondades@cae.cat)
- + Informació: política de privacitat i protecció de dades a [www.cae.cat](http://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 meua 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](mailto:protecciondades@cae.cat)
- + Informació: política de privacitat i protecció de dades a [www.cae.cat](http://www.cae.cat)