

AUTORITZACIÓ PER AL CASAL D'ESTIU 2025

Castellbell i el Vilar

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 2025** organitzat per L'Ajuntament de Castellbell i el Vilar i gestionat per la Fundació La Xarranca a l'escola Jaume Balmes 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 a la web municipal i xarxes socials de l'Ajuntament de Castellbell i el Vilar.
 - ☐ 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: _____
- ☐ Dono la meva autorització a la Fundació la Xarranca a **cedir les dades d'inscripció a l'àrea d'educació de l'Ajuntament de Castellbell i el Vilar** per a la gestió dels cobraments i altres aspectes relacionats amb el desenvolupament de l'activitat.

Signatura:

A, _____, el _____ de _____ de 2025

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 2025

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