

## SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ PSICOMOTRICITAT CME SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PSICOMOTRICITAT CME

DADES DEL MENOR/ DATOS DEL MENOR		
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF o NIE	DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO

DADES DEL PROGENITOR O TUTOR O TUTORA SOL·LICITANT / DATOS DEL PROGENITOR O TUTOR O TUTORA SOLICITANTE		
NOM I COGNOMS o RAÓ SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS o RAZÓN SOCIAL		NIF o NIE
DOMICILI A EFECTES DE NOTIFICACIONS / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES		LOCALITAT / LOCALIDAD
TELÈFON 1 / TELÉFONO 1	TELÈFON 2 / TELÉFONO 2	TELÈFON 3 / TELÉFONO
ADREÇA ELECTRÒNICA / DIRECCIÓN ELECTRÓNICA		

HORARIS A QUÈ S'INSCRIU. L'activitat es farà al **PAVELLÓ POLIESPORTIU** (marqueu amb una X) / HORARIOS A LOS QUE SE INSCRIBE( *marcad con una X* ). La actividad se hará en el pabellón polideportivo.

### **PSICOMOTRICITAT P3**

- DIMARTS I DIJOURS DE 15,45 A 16,45 H.** / MARTES Y JUEVES DE 15,45 A 16,45 H.
- DILLUNS I DIMECRES DE 17,10 A 18,10 H.** / LUNES Y MIÉRCOLES DE 17,10 A 18,10 H.
- DIMARTS I DIJOURS DE 18,10 A 19,10 H.** / MARTES Y JUEVES DE 18,10 A 19,10 H.

### **PSICOMOTRICITAT P4**

- DILLUNS I DIMECRES DE 15,45 A 16,45 H** / LUNES Y MIÉRCOLES DE 15,45 A 16,45 H.
- DIMARTS I DIJOURS DE 17,10 A 18,10 H.** / MARTES Y JUEVES DE 17,10 A 18,10 H.
- DILLUNS I DIMECRES DE 18,10 A 19,10 H.** / LUNES Y MIÉRCOLES DE 18,10 A 19,10 H.

### AUTORITZACIÓ D'ÚS D'IMATGES / AUTORIZACIÓN DE USO DE IMÁGENES

Autoritzo l'Ajuntament de Vinaròs a prendre fotografies o fer gravacions en què isca el meu fill o filla o menor tutelat i al seu ús amb l'única finalitat de difondre les activitats de psicomotricitat del CME / Autorizo al Ayuntamiento de Vinaròs a tomar fotografías o realizar grabaciones en las que salga mi hijo, hija o menor tutelado y a su uso con la única finalidad de difundir las actividades de psicomotricidad del CME

SÍ

NO

## FITXA MÈDICA/ FICHA MÉDICA

DADES FACULTATIVES / DATOS FACULTATIVOS			
AL·LÈRGIA A ANTIBIÒTICS ALERGIA A ANTIBIÓTICOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUEU TIPUS / ESPECIFIQUE TIPO
AL·LÈRGIA A ALTRES MEDICAMENTS ALERGIA A OTROS MEDICAMENTOS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUEU TIPUS / ESPECIFIQUE TIPO
AL·LÈRGIES COMUNES ALERGIAS COMUNES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUEU TIPUS / ESPECIFIQUE TIPO
AFECCIONS FREQUËNTS AFECCIONES FRECUENTES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUEU TIPUS / ESPECIFIQUE TIPO
TRACTAMENTS ACTUALS TRATAMIENTOS ACTUALES	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUEU TIPUS / ESPECIFIQUE TIPO
MALALTIES PASSEDES RELLEVANTS ENFERMEDADES PASADAS	ESPECIFIQUEU TIPUS I DATA / ESPECIFIQUE TIPO Y FECHA		
VACUNA ANTITETÀNICA VACUNA ANTITETÁNICA	DATA DE L' ÚLTIMA DOSI / FECHA ÚLTIMA DOSIS DATA/FECHA:		
ALTRES DADES D'INTERÉS OTROS DATOS DE INTERÉS			

ASPECTES NUTRICIONALS / ASPECTOS NUTRICIONALES			
CELIAQUIA CELIAQUIA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONS / OBSERVACIONES
DIETES ESPECÍFIQUES DIETAS ESPECÍFICAS	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALIMENTS QUE NO POT PRENDRE / ALIMENTOS QUE NO PUEDE TOMAR

ASPECTES FÍSICS / ASPECTOS FÍSICOS			
POT REALITZAR ACTIVITAT FÍSICA PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	QUINA NO POT REALITZAR I LA CAUSA / CUÁL NO PUEDE REALIZAR I LA CAUSA

ANNEX / ANEXO	
GRAU DE DISFUNCIÓ FUNCIONAL IGUAL O MAJOR AL 33% I NECESSITATS D'ATENCIÓ PERSONALITZADA GRADO DE DISFUNCIÓN FUNCIONAL IGUAL O MAYOR AL 33 % Y NECESIDADES DE ATENCIÓN PERSONALIZADA	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Adjunto de documentació que ho acredita. / Adjunto la documentación que lo acredita.

## AUTORITZACIONS ESPECIALS/ AUTORIZACIONES ESPECIALES

DADES DEL PROGENITOR O TUTOR O TUTORA QUE AUTORITZA / DATOS DEL PROGENITOR O TUTOR O TUTORA SOLICITANTE QUE AUTORIZA	
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF o NIE

DADES DEL MENOR / DATOS DEL MENOR	
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF o NIE

AUTORIZACIÓ ARREPLEGADA DE MENORS BAIX PRESCRIPCIÓ EXPRESSA/ RECOGIDA DE MENORES BAJO PRESCRIPCIÓN EXPRESA	
<p>La present autorització especial té com a objecte la recollida del menor, que apareix en el present document, en finalitzar l'activitat. La persona que figura com autoritzada per a la recollida, ho és pel progenitor o el tutor legal que en el moment de celebrar-se l'activitat posseísca la custòdia del xiquet. <b>S'ha de posar a totes les persones incloses els progenitors que puguen arregar al menor.</b></p> <p><i>La presente autorización especial tiene como objeto la recogida del menor, que aparece en el presente documento, al finalizar la actividad. La persona que figura como autorizada para la recogida, lo es por el progenitor o el tutor legal que en el momento de celebrarse la actividad posea la custodia del niño. Se deben poner a todas las personas incluidos los progenitores que puedan recoger al menor.</i></p>	
DADES DE LES PERSONES QUE S'AUTORITZEN A RECOLLIR AL MENOR / DATOS DE LAS PERSONAS QUE SE AUTORIZAN PARA RECOGER EL MENOR	
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF O NIE
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF O NIE
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF O NIE

Signatura PROGENITOR / TUTOR / Firma PROGENITOR/TUTOR
Data / Fecha

## ACCEPTACIÓ DE CONDICIONS I CONSENTIMENT DE PARTICIPACIÓ

### Declaracions / Declaraciones

Declaro sota la meua responsabilitat que sol·licito que les dades del menor que figuren en la sol·licitud, participi en les activitats de l'organització exposada, per això he llegit amb detall la informació proporcionada per la pròpia organització: condicions de participació, protocol d'accidents.. / *Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que los datos del menor que figuran en la solicitud, participe en las actividades de la organización expuesta, por eso he leído con detalle la información proporcionada por la propia organización: condiciones de participación, protocolo de accidentes..*

Declaro que les dades aportades i els documents que adjunto són certs i que no oculto cap informació sol·licitada. / *Declaro que los datos aportados y los documentos que adjunto son ciertos y que no oculto ninguna información solicitada*

Declaro que la persona interessada NO pertany a un grup de risc i que si pertany a un grup de risc compta amb l'autorització de l'equip sanitari per a poder participar en activitats/ *Declaro que la persona interesada NO pertenece a un grupo de riesgo y que si pertenece cuenta con la autorización del equipo sanitario para poder participar en actividades*

Declaro que eximeixo a l'Ajuntament de Vinaròs de qualsevol responsabilitat una vegada el menor abandoni les instal·lacions quan finalitzi l'activitat/ *Declaro que eximo al ayuntamiento de Vinaròs de cualquier responsabilidad una vez el menor abandone las instalaciones cuando finalice la actividad.*

M'han informat que l'entitat tractarà i guardarà les dades aportades en aquesta documentació per a realitzar actuacions administratives i hi dono el meu consentiment explícit. / *Me han informado de que la entidad tratará y guardará los datos aportados en esta documentación para realizar actuaciones administrativas y doy mi consentimiento explícito.*

D'acord amb la legislació de protecció de dades, Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals i el Reglament (UE) 2016/679, de 27 d'abril, li informem que les seues dades personals seran tractades per l'Ajuntament de Vinaròs amb la finalitat de poder tramitar o respondre adequadament la seua sol·licitud. Les dades seran tractades en exercici de les potestats atribuïdes a l'Ajuntament per la Llei 7/1985, de 2 d'abril, Reguladora de les Bases del Règim Local i per la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques i no se cediran a tercers, excepte quan es tinga l'obligació legal de cessió a altres organismes. Mitjançant una instància dirigida a l'Ajuntament de Vinaròs podrà vostè exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les dades i limitació o oposició al seu tractament. / De acuerdo con la legislación de protección de datos, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, le informamos que sus datos personales serán tratados por el Ayuntamiento de Vinaròs con el fin de poder tramitar o responder adecuadamente su solicitud. Los datos serán tratados en ejercicio de las potestades atribuidas al Ayuntamiento por la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local y por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y no se cederán a terceros, excepto cuando se tenga la obligación legal de cesión a otros organismos. Mediante una instancia dirigida al Ayuntamiento de Vinaròs podrá usted ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos y limitación u oposición a su tratamiento

Signatura PROGENITOR / TUTOR / Firma PROGENITOR/TUTOR

Data / Fecha