

SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ A LES ESCOLES D'INICIACIÓ, ANIMACIÓ I RECREACIÓ ESPORTIVA VINARÒS (EMIARE) CURS 2021/22

COL·LEGI DEL XIQUET/A <i>COLEGIO DEL NIÑO/A:</i>			
DADES DEL XIQUET O XIQUETA / <i>DATOS DEL NIÑO O NIÑA</i>			
NOM I COGNOMS / <i>NOMBRE Y APELLIDOS</i>	NIF o NIE o NIA	Nº DE SIP	DATA DE NAIXEMENT / <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>

DADES DEL PARE, MARE, TUTOR O TUTORA SOL·LICITANT / <i>DATOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA SOLICITANTE</i>			
NOM I COGNOMS o RAÓ SOCIAL / <i>NOMBRE Y APELLIDOS o RAZÓN SOCIAL</i>			NIF o NIE
DOMICILI A A EFECTES DE NOTIFICACIONS / <i>DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES</i>			LOCALITAT / <i>LOCALIDAD</i>
TELÈFON 1 / <i>TELÉFONO 1</i>	TELÈFON 2 / <i>TELÉFONO 2</i>	ES VA INSCRIURE EN ACTIVITATS DEL CME L'ANY PASSAT? / <i>¿SE INSCRIBIÓ EN ACTIVIDADES DEL CME EL CURSO PASADO?</i>	
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
TALLA SAMARRETA / <i>TALLA CAMISETA</i>		ADREÇA ELECTRÒNICA / <i>DIRECCIÓN ELECTRÓNICA</i>	
4-5 6-8 10-12 S M L XL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

ACTIVITATS A QUÈ S'INSCRIU (marqueu amb una X) / <i>ACTIVIDADES A LAS QUE SE INSCRIBE</i>			
<input type="checkbox"/> EFB EI4 (P4) (4 anys) / <i>EFB EI (P5) (5 años)</i> <i>Lloc:</i> <i>Horari:</i>	<input type="checkbox"/> EFB EI5 (P5) (5 anys) / <i>EFB EI (P5) (5 años)</i> <i>Lloc:</i> <i>Horari:</i>	<input type="checkbox"/> MULTIESPORT 1r, 2n, 3r, 4t, 5é i 6é <i>Lloc:</i> <i>Curs:</i> <i>Horari:</i>	<input type="checkbox"/> PSICOMOTRICITAT P3 / <i>PSICOMOTRICIDAD P3</i> <i>Horari:</i>
<input type="checkbox"/> MOU-TE / <i>MUÉVETE</i>			

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 Emiare 2021 / *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 Emiare 2021.*

SÍ NO

FITXA MÈDICA/FICHA MÉDICA

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

ASPECTES NUTRICIONALS / ASPECTOS NUTRICIONALES			
CELIAQUIA <i>CELIAQUIA</i>	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONS / OBSERVACIONES
DIETES ESPECÍFIQUES <i>DIETAS ESPECÍFICAS</i>	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 <i>PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA</i>	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 <i>GRADO DE DISFUNCIÓN FUNCIONAL IGUAL O MAYOR AL 33 % Y NECESIDADES DE ATENCIÓN PERSONALIZADA</i>	
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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

AUTORITZACIÓ PER A RECOLLIR MENORS EMIARE 21/22 / AUTORIZACIÓN PARA RECOGER MENORES DE EMIARE 21/22

DADES DEL PARE, MARE, TUTOR/A QUE AUTORITZA / DATOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR/A QUE AUTORIZA	
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF o NIE

DADES DEL XIQUET O XIQUETA / DATOS DEL NIÑO O NIÑA	
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF o NIE

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 o RAÓ SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS o RAZÓN SOCIAL	NIF o NIE
NOM I COGNOMS o RAÓ SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS o RAZÓN SOCIAL	NIF o NIE

DECLARACIÓ: / DECLARACIÓN:

- Eximeixo l'Ajuntament de Vinaròs de qualsevol responsabilitat una vegada s'haja lliurat al menor a la persona autoritzada per a la recollida en aquest document al finalitzar l'activitat. / Eximo el Ayuntamiento de Vinaròs de cualquier responsabilidad una vez se haya librado al menor a la persona autorizada para la recogida en este documento al finalizar la actividad.

AUTORITZACIÓ ESPECIAL EIXIDA SOL/ AUTORIZACIÓN ESPECIAL SALIDA SOLO

DADES DEL PARE, MARE, TUTOR O TUTORA / DATOS DEL PADRE, MADRE, TUTOR O TUTORA	
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF o NIE

DADES DEL XIQUET O XIQUETA / DATOS DEL NIÑO O NIÑA	
NOM I COGNOMS / NOMBRE Y APELLIDOS	NIF o NIE

TORNADA A CASA / VUELTA A CASA	
<p>AUTORITZO A REALITZAR LA TORNADA A CASA DEL MENOR SOL, SENSE ACOMPANYAMENT D'UN ADULT, UNA VEGADA FINALITZADA L'ACTIVITAT , I EXIMEIXO L'AJUNTAMENT DE VINARÒS DE QUALSEVOL RESPONSABILITAT UNA VEGADA EL MENOR HAJA ABANDONAT LA INSTAL·LACIÓ ON ES DESENVOLUPE L'ACTIVITAT. / AUTORIZO A REALIZAR LA VUELTA A CASA DEL MENOR SOLO, SIN ACOMPAÑAMIENTO DE UN ADULTO, UNA VEZ FINALICE LA ACTIVIDAD DIARIA, I EXIMO AL AYUNTAMIENTO DE VINARÒS DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD UNA VEZ EL MENOR HAYA ABANDONADO LA INSTALACIÓN DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD.</p>	
<p>SÍ <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>

Acceptació de mesures de prevenció, higiene i promoció de la salut obligatòries davant de la Covid-19 / *Aceptación medidas de prevención, higiene y promoción de la salud obligatorias ante el Covid 19*

Acepto les mesures de prevenció, higiene i promoció de la salut, proposades i congruents amb les descrites cada moment per l'autoritat sanitària competent i em comprometo a complir-les / *Acepto las medidas de prevención, higiene y promoción de la salud, propuestas y congruentes con las descritas en cada momento por la autoridad sanitaria competente y me comprometo a cumplirlas.*

Declaracions / *Declaraciones*

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 sota la meua responsabilitat que sol·licito que la persona les dades de la qual figuren en l'encapçalament (l'interessat) participi en les activitats de l'organització exposada, per això he llegit amb detall la informació proporcionada per la pròpia organització: condicions de participació, protocols...etc. / *Declaro bajo mi responsabilidad que solicito que la persona cuyos datos figuran en el encabezamiento (el interesado) participe en las actividades de la organización expuesta, por eso he leído con detalle la información proporcionada por la propia organización: condiciones de participación, protocolos...etc.*

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 accepto que el CME prengui la temperatura al xiquet/a quan el considere convenient com mesura de prevenció higienicosanitària. / *Declaro que acepto que el CME tome la temperatura al niño/a cuando lo considere necesario como medida de prevención higiénico sanitaria.*

Declaro que conec els símptomes compatibles amb la Covid 19 i els riscos que poden suposar per a una persona vulnerable i que el menor no anirà a l'activitat en cas de tindre símptomes, estar en quarantena, ser positiu de Covid 19 o si s'està a la espera del resultat d'una PDIA / *Declaro que conozco los síntomas compatibles con el Covid 19 i los riesgos que pueden suponer para una persona vulnerable y que el menor no irá a la actividad en caso de tener síntomas, estar en cuarentena, ser positivo de Covid 19 o si está a la espera del resultado de una PDIA.*

Em comprometo a prendre la temperatura del xiquet/a abans d'acudir al centre / *Me comprometo a tomar la temperatura del niño/a antes de acudir al centro*

M'han informat que l'entitat tractarà i guardarà les dades aportades en aquesta documentació per 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. Les dades de caràcter personal poden ser incloses en un registre de les activitats de tractament dins de l'àmbit de les competències d'aquesta administració i per als fins establits en l'esmentat registre. Així mateix, s'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació, portabilitat i a no ser objecte d'una decisió individual automatitzada, tal com exposen l'art. 5 de la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal (BOE núm. 296, de 16/12/99), el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril del 2016 relatiu al tractament i a la lliure circulació de dades personals i a la protecció de les persones físiques, i el RDL 5/2018, de 27 de juliol, de mesures urgents per a l'adaptació del Dret espanyol a la normativa de la UE en matèria de protecció de dades. / Los datos de carácter personal pueden ser incluidos en un registro de las actividades de tratamiento dentro del ámbito de las competencias de esta administración y para los fines establecidos en dicho registro. Asimismo, se informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y a no ser objeto de una decisión individual automatizada, tal y como exponen el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 296, de 16/12/99), el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril del 2016 relativo al tratamiento y a la libre circulación de datos personales y a la protección de las personas físicas, y el RDL 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la UE en materia de protección de datos.*

Signatura / *Firma*

Data / *Fecha*

