

# Fitxa d'Inscripció Serveis Complementaris



ESCOLA \_\_\_\_\_

Núm. Inscripció

Data

## Dades personals

Nom i cognoms  Curs

Data naixement  E-mail  @

Adreça  C.P.

Població  Tlf. de casa

Nom del pare  Telèfon

Nom de la mare  Telèfon

Altres telèfons on trucar en cas d'urgència  
Telèfon  Pertany a   
Telèfon  Pertany a

Té germans/es a l'escola?  Si  No Lloc que ocupa

## Ús del servei

Marqueu amb una  els dies que fareu ús del servei de menjador.

Dll  Dmt  Dmc  Dj  Dv  DATA D'INICI

Fix  Fix-discontinuu  Esporàdic  Tiquet Esporàdic

Marqueu amb una  a la casella corresponent, l'ús del servei d'acollida.

Acollida Matí  Acollida Tarda  Esporàdic  DATA D'INICI

## Dades bancàries

**IMPORTANT!** Es imprescindible omplir la documentació SEPA adjuntada a continuació.

- \* La Fundació Pere Tarrés és la responsable del tractament de les dades personals que ens proporcioneu i les que es tractin mentre mantingueu relació amb la Fundació. Aquestes s'incorporaran a una base de dades anomenada **BDGAFPAIPT** titularitat de la Fundació Pere Tarrés. Les dades es faran servir per a gestionar la informació que calgui per a prestar els serveis que ens demaneu i per a mantenir-vos informats de les activitats que organitzi la Fundació, tant per mitjans electrònics, com per altres mitjans.
- \* Fem servir imatges, so, treballs i dades dels alumnes i de la comunitat educativa. En alguns casos, se'n faran servir per fer difusió de les activitats als espais de difusió pública d'informació: web, blogs, xarxes socials, revista i altres publicacions.
- \* Els destinataris de la vostra informació són: el personal propi del responsable del tractament, degudament autoritzat per la direcció, els proveïdors necessaris per complir amb les nostres obligacions, i les administracions públiques en l'àmbit de les seves competències així com els centres sanitaris corresponents en cas d'urgència
- \* En cas que ens ceduïu dades de terceres persones, les hi heu de comunicar tota la informació que consta en aquest document.
- \* Teniu dret a exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament, a la portabilitat de la vostra informació i a revocar total, o parcialment, el consentiment que atorgueu amb la signatura d'aquest document, tot adreçant-vos a les nostres oficines, situades al carrer Numància 149-151 de Barcelona.
- \* La negativa a facilitar-nos les dades que us demanem, impedirà que puguem gestionar les obligacions que ens vinculen amb vosaltres i poden condicionar la vostra participació a algunes activitats.
- \* L'organisme competent per conèixer dels conflictes derivats de la signatura d'aquest document és l'Autoritat Espanyola de Protecció de Dades ubicada a Madrid (28001), c/ Jorge Juan número 6.
- \* Duració i vigència: Aquesta fitxa tindrà una duració indefinida, per tant, s'entendrà que automàticament es prorrogarà excepte comunicació prèvia de baixa.

Llegida i entesa l'anterior informació,

**DEMANO I AUTORITZO** al Responsable del Tractament per a què tracti tota la informació facilitada i la que s'elabori posteriorment en les condicions que consten en el present document.

....., a ..... de/d' .....de 20.....

SIGNATURA del pare/mare/tutor/a

## Dades de salut

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc...)

Ha de prendre alguna medicació en horari de migdia de forma habitual?

Sí

No

En cas de contestar que **SI**, cal emplenar el "full d'autorització de medicaments" que us lliuraran a l'escola.

OBSERVACIONS (Indiqueu aquí aquells aspectes del vostre fill/a que calgui informar i que cal que sapiguem)

Nº Targeta d'identificació Sanitària (TIS)

 Cal adjuntar la fotocòpia de la targeta sanitària

En/na..... amb DNI.....

Certifica que l'infant..... està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent .

Signatura del pare, mare o tutor/a

## Dietes especials


(Contesteu **NOMÉS** si es el cas)

Marqueu amb una **X** en el cas que al vostre fill/a segueixi una dieta especial.

AL·LÈRGIA  A quin o quins aliments? .....

INTOLERÀNCIA Lactosa  Gluten  Altres  Quina?.....

HIPOCALÒRICA

 En el cas de les dietes mèdiques, cal adjuntar degudament complimentat, el "Protocol de dietes especials" que us faran arribar un cop siguem coneixedors de la mateixa, junt amb un informe mèdic que certifiqui l'al·lèrgia, la intolerància o el règim especial.

DIETES ALTERNATIVES  Quina?.....

## Autoritzacions

En/na ..... amb DNI ..... com a pare, mare o tutor/a d'en/na..... l'autoritza a participar en l'activitat de referència. Igualment, es declara coneixedor de la normativa i condicions de participació i del projecte educatiu, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura.

Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència i sota la direcció facultativa adequada.

I alhora consento expressament i autoritzo a la Fundació Pere Tarrés a tractar i cedir les dades que voluntàriament dono, i per realitzar i publicar les imatges del participant, d'acord amb el tractament i finalitat que s'indica en aquest mateix imprès.

....., a ..... de/d' ..... de 20.....

SIGNATURA del pare/mare/tutor/a