

FITXA D'INSCRIPCIÓ –ESPLAI 2025/2026			
Nom	1r cognom	2n cognom	Data Naixement

DADES PERSONALS (OMPLIR EN MAJÚSCULES)

Número Targeta Sanitària CAT SALUT:

Adreça:

Núm:..... Pis: C.P.: Població:

Adreça electrònica:

Telèfon del domicili:

Nom contacte 1: Mòbil contacte 1:

Nom contacte 2: Mòbil contacte 2:

FOTOGRAFIA

A omplir per l'entitat

Fotocòpia Cartilla Vacunes infant	
Fotografia infant	
Rebut pagament	
Fotocòpia del DNI del signant	
Fotocòpia targeta sanitària infant	

ALIMENTACIÓ

Té alguna intolerància alimentària? NO ☐ Celiaquia ☐ Lactosa ☐ Llet de vaca ☐ Altres ☐

Quina és?

Té alguna al·lèrgia alimentària? NO ☐ Celiaquia ☐ Lactosa ☐ Llet de vaca ☐ Altres ☐

Quina és?

Segueix alguna dieta (vegetarià/ana, vegà/ana,...)?.....

SALUT

Té problemes de salut actualment? NO ☐ SÍ ☐

Quin?

Té problemes de vista i/o oïda? NO ☐ SÍ ☐

Quin?

Té algun tipus de diversitat funcional? NO ☐ SÍ ☐ De quin tipus? Física ☐ Psíquica ☐

Quina?

Ha estat intervingut/da quirúrgicament? NO ☐ SÍ ☐

Quina?

Té alguna al·lèrgia (NO alimentària)? NO ☐ SÍ ☐ De quin tipus? Medicamentosa ☐ Altres ☐

Quina?

Té problemes d'enuresi (diürna i/o nocturna)? Sap nedar? NO ☐ SÍ ☐

Pren alguna medicació? NO ☐ SÍ ☐ Haurà de prendre alguna medicació durant l'activitat? NO ☐ SÍ ☐

Quina?:

Observacions:.....

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA (a omplir pels pares, mares o tutors)

En/Na..... amb DNI nº

com a pare, mare o tutor d'en/na, autoritzo al meu fill/a assistir al curs d'esplai 2025-2026 organitzat per l'Esplai G.E.P. de Lliçà de Vall; igualment, em declaro coneixedor de les condicions de participació i les accepto mitjançant l'acte d'aquesta signatura. Faig extensiva aquesta autorització per a les decisions medicoquirúrgiques que fossin necessàries adoptar en cas d'urgència i sempre segons el criteri del professional sanitari.

Signatura del pare /mare o tutor:

A dia de de 20.....

AUTORITZACIÓ PER ÚS DE VEHICLE PROPI (a omplir pels pares, mares o tutors)

En/Na..... amb DNI nº

com a pare, mare o tutor d'en/na, autoritzo, a que, en cas de necessitat, el meu fill/a sigui traslladat en el vehicle propi dels monitors/es, destinat al desplaçament no urgent ni especialitzat en cas de necessitar atenció mèdica amb les mesures de seguretat pertinents.

MATRÍCULES: 9189LPS, 1493MJM, 7284LXM, 5709JZK, 8430FGK, 6149KHT, 6446KHP, 1340CDC, 7973HKG, 7475DBM, 6932GWN.**Signatura del pare /mare o tutor:****AUTORITZACIÓ D'ÚS D'IMATGES (a omplir pels pares, mares o tutors)**

En/Na..... amb DNI nº

com a pare, mare o tutor d'en/na....., autoritzo, a l'Esplai G.E.P. de Lliçà de Vall o alguna organització col·laboradora poder realitzar i difondre a les xarxes socials Facebook, Google i Instagram, reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisuals de les activitats que li són propis. Podent així utilitzar aquest material amb fins propis, cedint-los a entitats col·laboradores o mitjans d'informació. L'Esplai G.E.P. notifica que no es fa responsable de l'ús que els participants (famílies i infants) fan del material audiovisual que aquesta entitat genera.

Signatura del pare /mare o tutor:

A dia de de 20.....

AUTORITZACIÓ D'ÚS D'ANTISÈPTICS (Povidona Iodada) i CLORHEXIDINA (Cristalmina)

En/Na..... amb DNI nº

com a pare, mare o tutor d'en/na, autoritzo, en cas de necessitat (ferides), als monitors/es de l'Esplai G.E.P. de Lliçà de Vall a fer ús d'antisèptics (Povidona Iodada) i Clorhexidina (Cristalmina) per via tòpica.

Signatura del pare /mare o tutor:

A dia de de 20.....

Les dades incloses en aquest fitxer s'incorporaran en els fitxers de l'Esplai G.E.P. de Lliçà de Vall amb la finalitat de poder participar-hi i per rebre informació sobre les activitats de l'esplai a través de correu electrònic o altres mètodes de contacte. En compliment de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de caràcter personal, podreu exercir-ne el dret d'accés, modificació, cancel·lació i oposició tot enviant un correu a gep.monitors@gmail.com