



Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers

POBLACIÓ, en data

L'esplai és el **Responsable** del tractament de les dades personals de l'**Interessat** i l'informa que aquestes dades seran tractades de conformitat amb el que disposa el Reglament (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), per la qual cosa li facilita la següent informació del tractament:

Fi del tractament: mantenir una relació comercial per garantir la correcte gestió de la seva incorporació/participació a les activitats sol·licitades i l'enviament de comunicacions dels nostres serveis i activitats.

Criteris de conservació de les dades: es conservaran mentre hi hagi un interès mutu per mantenir la fi del tractament i quan ja no sigui necessari per a tal fi, es suprimiran amb mesures de seguretat adequades per garantir la seudonimització de les dades o la destrucció total de les mateixes.

Comunicació de les dades: està previst cedir les seves dades a tercers per ser necessari per aconseguir la finalitat del tractament, explícitament les seves dades seran cedides a ESPLAIS CATALANS, Avinyó, 44 2 08002 Barcelona. Mail: esplac@esplac.cat, com a encarregat del tractament.

Drets que assisteixen a l'Interessat:

- Dret a retirar el consentiment en qualsevol moment.
- Dret d'accés, rectificació, portabilitat i supressió de les seves dades i de la limitació o oposició al seu tractament.
- Dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat de control (www.agpd.es) si considera que el tractament no s'ajusta a la normativa vigent.

Dades de contacte per exercir els seus drets:

Esplai:.....Adreça:

Correu electrònic:

Per realitzar el tractament de dades descrit, el Responsable del tractament necessita el seu consentiment explícit o el del seu representant legal.

L'Interessat consent el tractament de les seves dades en els termes exposats:

Nom i cognoms.....amb NIF

Representant legal de l'infant/joveamb NIF

Signatura

Fitxa d'inscripció

Esplai **XXX**

Curs **XXX**



Dades de l'infant/jove

Nom:.....Cognoms:.....

Edat: Data de naixement:/...../..... Núm. TSI:

Curs escolar: Escola/Institut:

Adreça:.....Nº.....Pis.....Porta.....

Població:.....Codi postal:.....

Mòbil de l'infant/jove (si en té):

Correu electrònic de l'infant/jove (si en té):

Dades familiars (pares/mares/tutors/tutores)

Nom: Nom:

Cognoms: Cognoms:

Mòbil: Mòbil:

Telèfon casa: Telèfon casa:

Correu electrònic: Correu electrònic:

Dades bancàries

Número de compte bancari: *La quota de les activitats és **trimestral/anual**. La forma de pagament és mitjançant domiciliació bancària al número que aquí consta: **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**.

Per qualsevol altre forma de pagament o dificultats per assumir-ho, cal posar-se en contacte amb la secretaria de l'Esplai.

Important! Si durant el curs modifiqueu o varia qualsevol dada o contingut d'aquesta fitxa és imprescindible que la família ho comuniqui el més aviat possible al monitor/a del grup o a la secretaria de l'esplai.

Protecció de dades: recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el **Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers**.



Fitxa d'hàbits de salut

Destaca allò que ens pot ser útil per conèixer i interaccionar amb l'infant/jove:

1. És comunica i es relaciona fàcilment amb infants i joves de la seva edat?
2. Es comunica i es relaciona fàcilment amb persones adultes?
3. Expressa amb facilitat les seves emocions?
4. Expressa amb facilitat els seus interessos i necessitats?
5. És autònom en els hàbits d'higiene i cura personal?
6. Té alguna al·lèrgia alimentària, a medicaments o a altres?
7. Segueix alguna dieta especial?
8. Sap nedar?
9. Dorm sense dificultats?
10. Té dificultats motrius i de mobilitat?
11. Té alguna malaltia/trastorn/síndrome? (asma, diabetis, epilèpsia, trastorn alimentari, etc.)
12. Li han diagnosticat alguna discapacitat física, psíquica o sensorial?
13. Es posa malalt/a amb freqüència? De què?
14. Pren alguna medicació permanent? En cas que hagi de prendre-la a l'esplai, cal omplir l'autorització de medicaments.
15. Té totes les vacunes que marca el calendari de vacunes per a la seva edat? 16. Pateix mals habituals? (de cap, de panxa, hemorràgies, es mareja fàcilment, etc.)
17. Altres observacions:

I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a de de 20.....

SIGNATURA DEL TUTOR O DE LA TUTORA LEGAL

Protecció de dades: recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.

Autorització de participació

Esplai **XXX**

Curs **XXX**

En/Na amb DNI com a tutor o tutora legal de l'infant amb DNI verifico totes les dades que aquí consten i a la vegada l'AUTORITZO a participar a les activitats organitzades per **l'esplai xxxxxxxx de xxxxxxxx durant el curs xxxxxxxx.**

Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ a (marqueu el requadre que autoritzeu):

- Que l'infant pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i l'organització pugui prendre les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries, sota la direcció facultativa pertinent.
- Que l'infant pugui ser transportat en un vehicle privat de l'organització a un centre sanitari, sempre que es necessiti atenció mèdica i prèvia indicació de les autoritats sanitàries pertinents (112).
- Que l'infant pugui rebre les cures pertinents i els primers auxilis en cas de ferides lleus, sempre prèvia revisió de la seva fitxa de salut.
- Que l'infant pugui realitzar activitats especials de risc sempre amb la supervisió i dinamització d'una persona especialitzada i entesa en el tema.
- Que l'infant es pugui banyar en piscines, rius, pantans, basses, llacs o mar. **Afegir, si s'escau, altres llocs on banyar-se.**
- Autoritzo a que l'infant pugui marxar sol/a a casa un cop finalitzada l'activitat, sota la meua responsabilitat.

Igualment, en cas de produir-se qualsevol circumstància anòmla (malaltia, mal comportament...) que, a judici de l'equip dirigent de l'activitat, impliqués l'abandonament de l'activitat per part de l'infant, em comprometo a recollir-lo/a al lloc de l'estada.

I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a de de 20.....

SIGNATURA DEL TUTOR O DE LA TUTORA LEGAL

Protecció de dades: recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.



Autorització de participació

Esplai XXX

Activitat XXXXXXXX

En/Na amb DNI com a tutor o tutora legal de l'infant amb DNI verifico totes les dades que aquí consten i a la vegada l'AUTORITZO a participar a les activitats organitzades **per l'esplai xxxxxxxx de xxxxxxxx durant l'activitat xxxxxxxxx amb durada del dia xxxxxxxxx al dia xxxxxxxxxxxx.**

Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ a (marqueu el requadre que autoritzeu:

- Que l'infant pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i l'organització pugui prendre les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries, sota la direcció facultativa pertinent.
- Que l'infant pugui ser transportat en un vehicle privat de l'organització a un centre sanitari, sempre que es necessiti atenció mèdica i prèvia indicació de les autoritats sanitàries pertinents (112).
- Que l'infant pugui rebre les cures pertinents i els primers auxilis en cas de ferides lleus, sempre prèvia revisió de la seva fitxa de salut.
- Que l'infant pugui realitzar activitats especials de risc sempre amb la supervisió i dinamització d'una persona especialitzada i entesa en el tema.
- Que l'infant es pugui banyar en piscines, rius, pantans, basses, llacs o mar. **Afegir, si s'escau, altres llocs on banyar-se.**
- Autoritzo a que l'infant pugui marxar sol/a a casa un cop finalitzada l'activitat, sota la meua responsabilitat.

Igualment, en cas de produir-se qualsevol circumstància anòmla (malaltia, mal comportament...) que, a judici de l'equip dirigent de l'activitat, impliqués l'abandonament de l'activitat per part de l'infant, em comprometo a recollir-lo/a al lloc de l'estada.

I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a de de 20.....

SIGNATURA DEL TUTOR O DE LA TUTORA LEGAL

Protecció de dades: recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.

Autorització de drets d'imatge

XXPOBLACIÓXX, a **X de XXXXXX de 20XX**.

ESPLAIS CATALANS i l'esplai **XXXXXXXXXXXXXXXXXX** són els **Responsables del tractament** de les dades personals de l'**Interessat** i informen que aquestes dades seran tractades de conformitat amb el que disposa el Reglament (UE) 2016/679 de 27 d'abril de 2016 (GDPR) i la Llei (ES) 1/1982 de protecció civil, dret a l'honor, intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, per la qual cosa se li facilita la següent informació del tractament:

Fi del tractament: gravació d'imatges i vídeos de les activitats dutes a terme pel Responsable del tractament per a fer-ne difusió a tots els canals de comunicació de l'entitat Esplais Catalans i de l'esplai **XXXXXXXXXX**. En cap cas es publicarà el nom de l'Interessat.

Criteris de conservació de les dades: es conservaran mentre hi hagi un interès mutu per mantenir la fi del tractament i quan ja no sigui necessari per a tal fi, es suprimiran amb mesures de seguretat adequades per garantir la seudonimització de les dades o la destrucció total de les mateixes.

Comunicació de les dades: l'Interessat autoritza el tractament assenyalant amb una "x" a la casella corresponent de SI (dono el consentiment). En cas de no voler-lo acceptar, cal que faci arribar un correu electrònic a la següent adreça esplac@esplac.cat i al correu de l'esplai **xxxxxxx@xxxx.xxx** demanant el NO consentiment de les dades per a l'activitat específica.

SI	AUTORIZACIÓ PER A COMUNICAR LES DADES
	Publicació en canals de comunicació propis interns del Responsable (correu electrònic i intranet d'Esplais Catalans i de l'esplai) i publicació en canals de comunicació propis externs al Responsable (xarxes socials, pàgines web, notes de premsa)

Drets que assisteixen a l'Interessat:

- Dret a retirar el consentiment en qualsevol moment.
- Dret d'accés, rectificació, portabilitat i supressió de les seves dades i de la limitació o oposició al seu tractament.
- Dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat de control (www.agpd.es) si considera que el tractament no s'ajusta a la normativa vigent.

Protecció de dades: recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el **Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers**.



Dades de contacte per exercir els seus drets: ESPLAIS CATALANS. AVINYÓ, 44, 2, 08002 BARCELONA (BARCELONA). Correu electrònic: esplac@esplac.cat. **NOM ESPLAI: ADREÇA.** Correu electrònic: xxxxxx@xxxx.xxx

Per realitzar el tractament de dades descrit, el Responsable del tractament necessita el seu consentiment explícit o el del seu representant legal.

Dades de l'activitat:

Nom de l'activitat:.....

Data en què es farà l'activitat:.....

Esplai:.....

L'Interessat consent el tractament de les seves dades en els termes exposats:

Nom, amb NIF

Representant legal de, amb NIF

Signatura:

Autorització per l'administració de medicació

En/Na amb DNI com a tutor o tutora legal de amb DNI, membre de l'esplai

SOL·LICITO I AUTORITZO que li sigui administrada la següent medicació:

Producte:

Dosi:

Horari:

Des del dia..... fins al dia.....

Producte:

Dosi:

Horari:

Des del dia..... fins al dia.....

Producte:

Dosi:

Horari:

Des del dia..... fins al dia.....

* En cas de medicació amb recepta, s'ha adjuntar aquesta. En cas de medicació sense recepta (només pot ser analgèsic, antisèptic o antiinflamatori) també s'ha d'omplir aquesta fitxa.

Assumeixo la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar. I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a de de 20.....

SIGNATURA DEL TUTOR O DE LA TUTORA LEGAL

Protecció de dades: recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.