



Ajuntament de
Vilobí d'Onyar

S'informa que les dades que facilita – nom, cognoms, DNI, adreça, telèfon, correu electrònic, número de compte, etc. – seran incloses en el fitxer de l'Ajuntament.

També s'informa que si ho desitja pot exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, fent instància a l'Ajuntament de Vilobí d'Onyar (Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre).

DADES DEL/A PARTICIPANT I DELS PARES/MARES O TUTORS/ES

Nom i cognoms del/a participant

Nom i cognoms del pare, mare, tutor/a legal del/a participant

DNI o passaport del pare, mare, tutor/a legal del/a participant

Lloc i data

Signatura del pare, mare, tutor/a legal del/a participant

FULL D'INSCRIPCIÓ SAM-SAT

DADES DEL/A PARTICIPANT:

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Curs escolar:

Adreça:

Pare/Mare/Tutor/a:

DNI:

Telèfon:

Pare/Mare/Tutor/a:

DNI:

Telèfon:

Encerclau la modalitat d'ús i en cas de FIX i DISCONTINU marqueu els dies que fareu ús del servei i apunteu l'horari que necessiteu:

FIX matí					DISCONTINU matí					ESPORÀDIC matí
DL	DT	DC	DJ	DV	DL	DT	DC	DJ	DV	
Horari:					Horari:					

FIX tarda					DISCONTINU tarda					ESPORÀDIC tarda
DL	DT	DC	DJ	DV	DL	DT	DC	DJ	DV	
Horari:					Horari:					

Observacions:

Número de compte on girar els rebuts del SAM-SAT:

Correu electrònic:

FITXA DE SALUT – INFORMACIÓ SANITÀRIA

Nom i cognoms:

Número de targeta sanitària:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Malalties habituals

Malalties cròniques: té alguna malaltia crònica? Descriure: medicament, dosi, protocol d'actuació ...

Intoleràncies i/o al·lèrgies alimentàries, ambientals, farmacològiques

Altres observacions importants

AUTORITZACIONS

1. Jo _____ amb DNI _____ i com a pare, mare o tutor/a legal AUTORITZO el meu fill/a _____ a utilitzar el servei SAM-SAT de Vilobí d'Onyar.

2. D'acord amb la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat i a la pròpia imatge, AUTORITZO EL DRET PER A CAPTAR, ENREGISTRAR, USAR, PUBLICAR I DISTRIBUIR IMATGES en els canals de comunicació d'aquest Ajuntament.

SÍ NO

3. AUTORITZO les següents persones a recollir l'infant de l'activitat:

Nom i cognoms	Parentiu	DNI

4. AUTORITZO que marxi sol/a després de l'activitat:

SÍ NO

Data:

Signatura: