  

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: |

Encercleu 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**

1. AUTORITZO les següents persones a recollir l’infant de l’activitat:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom i cognoms | Parentiu | DNI |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. AUTORITZO que marxi sol/a després de l’activitat:

**SÍ** **NO**

**Data:**

**Signatura:**