

## FITXA PERSONAL

### Dades generals:

Nom i Cognoms: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;">FOTO</div>
Escola on estudia: _____ Curs: _____	
Data de naixement: ____ / ____ / ____	
Nº de germans/es: _____ Edat/s: _____ Van a l'esplai?: _____	
Llengua que el/la nen/a fa servir habitualment: _____	
Nom i cognoms de pare/mare/tutor/a: _____	
Professió: _____	
Nom i cognoms de mare/pare/tutor/a: _____	
Professió: _____	

### Adreça:

Carrer: _____ nº: ____ Escala: _____ Pis: _____ Porta: _____
Codi postal: _____ Població: _____ Barri: _____
Telèfon fix: _____ Mòbil (Família): _____ En cas d'urgència: _____
Mòbil Infant: _____ E-mail Família: _____
E-mail Infant: _____

### Trets característics de l'infant (marcar amb una creu):

Emotiu/va	<input type="checkbox"/>	Poc emotiu/va	<input type="checkbox"/>	Segur/a	<input type="checkbox"/>	Insegur/a	<input type="checkbox"/>
Confiat/da	<input type="checkbox"/>	Desconfiat/da	<input type="checkbox"/>	Alegre	<input type="checkbox"/>	Seriós/a	<input type="checkbox"/>
Passiu/va	<input type="checkbox"/>	Actiu/va	<input type="checkbox"/>	Inconstant	<input type="checkbox"/>	Constant	<input type="checkbox"/>
Previsor/a	<input type="checkbox"/>	Espontani/a	<input type="checkbox"/>	Responsable	<input type="checkbox"/>	Irresponsable	<input type="checkbox"/>
Reservat/da	<input type="checkbox"/>	Comunicatiu/va	<input type="checkbox"/>	Expressiu/va	<input type="checkbox"/>	Poc expressiu/va	<input type="checkbox"/>
Participatiu/va	<input type="checkbox"/>	No participatiu/va	<input type="checkbox"/>				

Té cura del cos?: \_\_\_\_\_

Altres: (si creu que hi ha alguna cosa interessant i no queda clara en les característiques anteriors, ho pot escriure aquí):  
\_\_\_\_\_

## Dades sanitàries:

Incidències habituals:					
Mal de panxa	<input type="checkbox"/>	Angoixa	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
Mal de cap	<input type="checkbox"/>	Restrenyiment	<input type="checkbox"/>	Mal d'oïda	<input type="checkbox"/>
Pipí al llit	<input type="checkbox"/>	Hemorràgies	<input type="checkbox"/>	→ on?	

Altres: \_\_\_\_\_

Es mareja sovint? \_\_\_\_\_ Cal medicació davant d'un viatge? \_\_\_\_\_

Es al·lèrgic? \_\_\_\_\_ A què? \_\_\_\_\_

Tractament en cas d'al·lèrgia: \_\_\_\_\_

Tractament en cas de febre: \_\_\_\_\_

Porta totes les vacunes que li pertoquen? \_\_\_\_\_

Té la vacuna antitetànica? \_\_\_\_\_ Any d'aplicació? \_\_\_\_\_

Grup sanguini: \_\_\_\_\_ Sap nedar? \_\_\_\_\_

**Observacions** (medicacions, règims, antecedents quirúrgics, discapacitats, trastorns de conducta, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I perquè així consti, jo, \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, el de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firmo,

**Protecció de dades:** En virtut del dispostat al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, i a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, us informem que les vostres dades personals quedaran incorporades i seran tractades als fitxers de **l'esplai**, amb la finalitat de gestionar i coordinar els nostres serveis, realitzar tasques administratives i enviar informació tècnica que pugui ser del vostre interès.

Així mateix, en els casos que no sigueu vosaltres, us comprometeu de forma expressa a obtenir el consentiment d'aquelles terceres persones que es beneficien de la mateixa, abans de comunicar-nos les seves dades.

Al lliurar-nos les vostres dades accepteu el tractament d'aquestes, per part de **l'esplai**, i la cessió puntual a d'altres entitats del **MLP**, així com a d'altres organismes que ens obliguin legalment. Us informem, també, de la possibilitat d'exercir, en qualsevol moment, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i/o oposició de les vostres dades de caràcter personal mitjançant correu electrònic dirigit a \_\_\_\_\_ o bé mitjançant escrit dirigit a la seu social de **l'esplai** al C/ \_\_\_\_\_

# Autorització

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, com a pare/mare o tutor/a, **AUTORITZO** a l'infant \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ a participar a les activitats organitzades per l'esplai \_\_\_\_\_ amb CIF \_\_\_\_\_ durant el curs (o els dies dies) \_\_\_\_\_, quedant incloses les activitats d'estiu, i de les que manifesto conèixer el seu programa d'activitats.

## Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ per tal de:

- Que la imatge de l'infant pugui aparèixer en les fotogràfiques i enregistraments de vídeo que es facin durant l'activitat amb l'objectiu de fer difusió del projecte a través de publicacions, mitjans de comunicació i les webs del centre, incloent la publicació d'aquestes imatges a les xarxes socials (Facebook, twitter, Instagram, etc).
- Que l'infant pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i es puguin prendre les decisions mèdiques per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència.
- Que es pugui transportar l'infant 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 se li puguin fer les cures pertinents i els primers auxilis a l'infant en cas de ferides lleus, sempre prèvia revisió de la seva fitxa de salut.
- Que l'infant es pugui banyar en piscines públiques o privades, rius, pantans, basses, llacs o al mar.

Així mateix,

[  ] **SI** / [  ] **NO Autoritzo** a que l'infant pugui tornar sol/a a casa un cop finalitzada l'activitat, sota la meua responsabilitat.

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

a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

Signatura:

# Autorització per administrar medicaments

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, com a pare/mare o tutor/a, **AUTORITZO** a l'esplai \_\_\_\_\_ a administrar els medicaments que indico en les dosis i els horaris corresponents a l'infant \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_, durant el transcurs de l'activitat.

## Medicament 1

Nom del medicament:

Dosis:

Horari:

## Medicament 2

Nom del medicament:

Dosis:

Horari:

## Medicament 3

Nom del medicament:

Dosis:

Horari:

## OBSERVACIONS:

## REQUERIMENTS:

- 1) Cal que s'indiqui el nom de l'infant, l'hora i la dosi a l'envàs del medicament i posar-se en contacte amb el monitor/a de l'infant.
- 2) Cal aportar l'autorització del metge.
- 2) Es subministrarà a l'entitat la quantitat de medicació suficient per tots els dies de l'activitat.

a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_