

FITXA D'INSCRIPCIÓ. Espai de Migdia



A Dades del participant (dades de l'infant)

Nom i cognoms	Edat	Data de naixement	Lloc naixement
Adreça (carrer,núm, pis, porta, escala)	Codi postal	Localitat	
Telèfon fix	Mòbil (pare)	Mòbil (mare)	Correu electrònic
Nom i cognoms de la mare/tutora	DNI mare	Lloc naixement	
Nom i cognoms del pare/tutor	DNI pare	Lloc naixement	
Nom del Centre educatiu	ESO 1r 2n 3r 4t	Batxillerat 1r 2n	
IES Moisès Broggi			

Altres dades	Núm. persones (a l'unitat familiar)		Situació laboral	mare	pare	Serveis socials	Sí	No	Centre de serveis socials			
	Núm. Discapacitats (a l'unitat familiar)			Actiu	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Prestació	<input type="checkbox"/>	subsi	<input type="checkbox"/>	
	Tipus de família	<input type="checkbox"/> Monoparental		Atur	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PIRMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sense prestació	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Nombrosa		Pensionista	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Núm. Germans (Inscrits a l'activitat)	<input type="checkbox"/>			

B Dades de l'activitat que vol realitzar (marqueu amb una x la casella corresponent)

Modalitats Quota mensual (dilluns a divendres) Quota mensual (dilluns i dimarts) Eventualitat

OBSERVACIONS:

C Autoritzacions

Autoritzo al meu fill/lla perquè assisteixi a l'activitat sol·licitada, sota les condicions establertes.

Nom i Cognoms _____ D.N.I _____

El/la sol·licitant esta d'acord amb les condicions i declara, sota la seva responsabilitat, la veracitat del contingut que consta al document.

Barcelona, _____ d _____ de 201____. Signatura (Mare/Pare o tutor legal)

De conformitat amb el que disposa el Reglament Europeu 679/2016 de Protecció de Dades l'informem que Xino-Xano Associació de Lleure amb CIF G60847977 i domicili social al c/ Coronel Sanfeliu 2, 4t 3a, 08018 de Barcelona, inscrita al registre d'Associacions de la Generalitat de Catalunya amb el núm. 16.253 l'informa que amb la complimentació d'aquest formulari, fa constar que de forma voluntària les dades que en el mateix es requereixen, marcant expressament les caselles corresponents, peqe d'auesta manera:

AUTORITZO Sí No El sotassignant autoritza de forma expressa el tractament d'aquestes dades, així com futures dades que pugui facilitar-nos per a la correcta prestació del servei, incloses dades especialment sensibles (com informació sanitària d'interès). Xino-Xano Associació de Lleure es compromet a tractar aquestes dades amb la màxima reserva i confidencialitat.

AUTORITZO Sí No Autoritza a que les citades dades puguin ser posades al dia per part de Xino-Xano Associació de Lleure mitjançant els mecanismes i/o protocols que determini en cada moment i amb la periodicitat que consideri necessària a efectes que aquestes siguin exactes, actuals, pertinents i adequades a les finalitats del seu tractament per part d'aquesta entitat.

AUTORITZO Sí No Consenteix que les citades dades siguin conservades per Xino-Xano Associació de Lleure pel temps necessari per a donar compliment a les finalitats de la seva recollida. Així mateix, el sotassignant autoritza a que les dades puguin ser conservades per gestionar adequadament ulteriors encàrrecs que pugui realitzar-nos. Les seves dades poden ser comunicades als organismes i Institucions subvencionadores als efectes acreditatius oportuns.

Les dades dels usuaris poden ser publicades en els taulells d'anuncis dels centres on Xino-Xano Associació de Lleure desenvolupa l'activitat, i comunicades als efectes oportuns a l'Escola, Institut o entitat a través de la qual contracta els nostres serveis, així com Organismes i Institucions subvencionadores de l'activitat a la qual s'inscriu.

AUTORITZO Sí No Atès que el dret a la imatge es troba regulat per l'article 18.1 de la Constitució, per la Llei Orgànica 1/1982 sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar, Xino-Xano Associació de Lleure sol·liciten el seu consentiment per a enregistrar la imatge del seu fill/lla i publicar-la de forma clarament identificable, en les fotografies i gravacions corresponents a l'Espai de migdia, i que s'exposin públicament en els següents mitjans de Xino-Xano Associació de Lleure (web, diari, botlletins, xarxes socials, youtube, facebook, twitter, etc...).

Declaro que dispo de les facultats legals per a atorgar la present autorització sobre la autorització sobre la utilització de la imatge del menor indicat.

Per exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, portabilitat, supressió i limitació de tractament que contempla la Llei pot dirigir-se mitjançant comunicació escrita a Xino-Xano Associació de Lleure, Ref. Protecció de dades, Ptge. Carmen de Burgos 1, 08018 de Barcelona o bé per correu electrònic a dades@xino-xano.org.

En cas d'autoritzar-nos, les seves dades podran ésser també utilitzades per a l'enviament d'informacions relacionades amb les nostres activitats i serveis que puguin resultar del seu interès. (*)

(*) Desitjo rebre informacions relacionades amb les activitats i serveis de Xino-Xano Associació de Lleure

1. Inscripcions

- a. Omplir i lliurar la documentació:
(1) Fitxa d'inscripció (2) Fitxa Sanitària (3) Autorització bancària (SEPA)
- b. Notificar qualsevol dada significativa i d'interès, especialment les que fan referència a la salut: necessitat de dietes especials, possibles trastorns, al·lèrgies o qualsevol cosa que afecti a l'infant/jove en el desenvolupament de l'activitat. S'haurà de notificar-ho per escrit amb un certificat o document facultatiu (**Fitxa sanitària**)
- c. Els participants hauran de presentar a documentació sol·licitada abans d'iniciar l'activitat.

2. Anul·lació de l'activitat

- a. Caldrà presentar un full de baixa al centre abans del mes anterior a l'emissió del rebut del servei. (no es consideraran vàlides les baixes verbals)

3. Forma de pagament

- a. Els pagaments s'efectuen per domiciliació bancària, mensualment i de manera anticipada. Els rebuts es cobraran abans entre l'1 i el 5 de cada mes.

4. Impagaments de quotes

- a. No podran fer us del servei cap usuari que tingui rebuts pendents. L'impagament de rebuts, suposarà baixa automàtica de l'activitat.
- b. Els rebuts retornats, tenen una despesa addicional que anirà a càrrec de l'usuari.

5. Normes durant el desenvolupament de l'activitat

- a. Els participants de l'activitat hauran de respectar les normes de convivència establertes per part de l'equip de monitors/es relatives als horaris, a l'obligació de participar a les activitats, a normes de conducta, a convivència i respecte vers l'equip de monitors/es i la resta de participants.
- b. Els participants de l'activitat hauran de respectar les normatives i condicions d'ús de les instal·lacions en què es desenvoluparan les activitats.
- c. Per normativa interna de funcionament i per garantir l'adequat desenvolupament de l'activitat, no es permet que els participants duguin diners, telèfons mòbils, càmeres fotogràfiques, videoconsoles, aparells de reproducció de música, etc. L'entitat no es farà responsable, en cap cas, de la pèrdua o incidències provocades en aquests efectes personals.
- d. Qualsevol incompliment de les normatives establertes, pot derivar en l'expulsió del participant. Aquesta decisió serà comunicada als familiars o tutors legals del participant, i aquests hauran d'assumir les despeses i accions derivades del seu retorn en el cas de que s'estigui realitzant una activitat fora del centre.

6. Assegurances i assistència mèdica

- a. Tots els participants disposaran d'una assegurança d'accidents i responsabilitat civil, tal i com preveu la normativa vigent. Aquesta està inclosa en el preu de l'activitat.
- b. En cas que els participants hagin de prendre medicaments, només s'administraran aquells que estiguin autoritzats i en la dosi indicada (**mitjançant l'imprès d'autorització corresponent**) pels pares o tutors del participant o aquells que en siguin responsables, o receptats per un facultatiu mèdic. **Caldrà lliurar els medicaments a consergeria del centre i mai a la bosseta/motxilla de la canalla.**
- c. La entitat vetllarà per l'assistència mèdica del participants en cas de malaltia o accident. Es trucarà a les famílies.

7. Interpretació i aspectes no previstos

- a. L'associació es reserva la interpretació d'aquesta normativa i condicions de participació. Així mateix, es reserva el dret a resoldre, de la forma que estimi oportuna, aquells aspectes no previstos en la mateixa, així com de la revisió de la pròpia normativa previ avís a les famílies.

Després d'haver llegit el document En/Na _____ accepto la normativa exposada.

Barcelona, _____ d _____ de 201 _____.

Signatura
Mare/Pare o tutor legal

FITXA SANITÀRIA.



A Dades de la persona participant

Nom i cognoms		Edat	Data de naixement	
Adreça (carrer, núm, pis, porta, escala)		Codi postal	Localitat	
Telèfon fix	Mòbil (pare)	Mòbil (mare)	Altres telèfons de contacte	
ESO. 1r 2n 3r 4t	Batxillerat 1r 2n	Núm. seguretat social		



B Fitxa mèdica

Pateix alguna malaltia? (epilèpsia, problemes quirúrgics..) Sí No

Manifesta algun tipus d'al·lèrgia (medicaments, menjars, asma, etc...)? Sí No

Està protegit amb les vacunes assenyalades a la normativa vigent? Sí No

Té actualitzada la vacuna antitetànica? Sí No

Pren algun medicament habitualment? Sí No Quin?.....

Altres qüestions d'interès:

Té alguna dificultat motriu? Sí No Quina?.....

Li costa menjar? Gens Poc Sovint Molt

Menja de tot Menja poques coses

Es fatiga fàcilment? Sí No

Es posa malalt amb freqüència? Sí No De què?.....

Segueix alguna dieta especial? Sí No Quina? Per quin motiu?.....



C Autoritzacions

Autoritzo al meu fill/filla a que siguin pressos les mesures medicoquirúrgiques que fossin necessàries en cas d'accident o urgència, per part de la pertinent direcció facultativa sempre que, prèviament, no s'hagi pogut contactar amb la família.

Aquesta autorització és vàlida per l'Espai de migdia incloent les sortides i activitats que l'esplai organitza, dins i fora del recinte on es desenvolupa l'activitat.

Sí No

Utilitzar un vehicle per al desplaçament, en el cas de necessitar atenció mèdica.

Sí No

Que els monitors puguin administrar els medicaments necessaris, en cas de malaltia, sempre acompanyat de la recepta que hagi fet el metge corresponent, indicant la dosi i la freqüència que fos necessària. Aquesta autorització eximeix de qualsevol responsabilitat a l'equip de monitors/es

El/la sol·licitant està d'acord amb les condicions i declara, sota la seva responsabilitat, la veracitat del contingut que consta al document.

Nom i Cognoms

D.N.I

Barcelona, _____ d _____ de 201__.

Signatura
Mare/Pare o tutor legal



Espai reservat per enganxar la targeta de seguretat social

AUTORITZACIO DE SORTIDES



A Dades de l'autoritzant

Nom i Cognoms (Mare/Pare o tutor legal)

D.N.I

a) Autoritzo al meu fill/filla a **marxar sol/la** de l'Espai de migdia a **casa**

a les 15:30, un cop finalitza l'àpat.

b) Autoritzo al meu fill/filla a **sortir de l'Espai de migdia acompanyat/da** de les següents persones* en el cas que no puguin venir a recollir-la:

Nom i cognom	DNI	Parentiu	Adult o Menor de 18 anys
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(* Es prega que qualsevol canvi es comuniqui per escrit

Barcelona, _____ d _____ de 201__.

Signatura
Mare/Pare o tutor legal



Ordre SEPA de domiciliació de dèbit directe (SEPA Direct Debit Mandate)

A completar pel creditor To be completed by the creditor	Referència de l'ordre de domiciliació / <i>Mandate reference</i>
	Identificador del creditor / <i>Creditor identifier</i> ES33001G60847977
	Nom del creditor / <i>Creditor's name</i> XINO-XANO ASSOCIACIÓ DE LLEURE
	Adreça / <i>Address</i> Ptge. CARMEN DE BURGOS 1
	Codi postal – Població – Província / <i>Postal Code – City – Town</i> 08018 – BARCELONA (BARCELONA)
	País / <i>Country</i> ESPAÑA

Mitjançant la signatura d'aquest formulari d'ordre de domiciliació, autoritzeu a (A) **XINO-XANO ASSOCIACIÓ DE LLEURE** a enviar ordres al vostre entitat financera per debitar càrrecs al vostre compte i (B) a la seva entitat financera per debitar els imports corresponents al vostre compte d'acord amb les instruccions de **XINO-XANO ASSOCIACIÓ DE LLEURE**. Entre altres, teniu dret a ser reemborsat per la vostra entitat financera d'acord amb els termes i condicions del contracte subscrit amb la vostra entitat financera. En tot cas aquest reemborsament haurà de ser instat per part vostre en el termini màxim de 8 setmanes a partir de la data en que es va debitar en el seu compte. Informació addicional sobre els seus drets relatius a aquesta ordre es troba a la seva disposició en la seva entitat.

By signing this mandate form, you authorise (A) XINO-XANO ASSOCIACIÓ DE LLEURE to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from XINO-XANO ASSOCIACIÓ DE LLEURE. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A completar pel deutor To be completed by the debtor	Nom del deutor/s / <i>Debtor's name</i> (titular/s del compte de càrrec)
	Adreça del deutor / <i>address of the debtor</i>
	Codi postal – Població – Província / <i>Postal code – City – Town</i>
	País del deutor / <i>Country of the debtor</i>
	Swift BIC (pot contenir 8 o 11 posicions) / <i>Swift BIC (up to 8 or 11 characters)</i>
	Número de compte – IBAN / <i>Account number – IBAN</i>
	A Espanya l'IBAN consta de 24 posicions començant sempre per ES <i>Spanish IBAN of 24 positions always starting ES</i>

Tipus de pagament: Pagament periòdic Pagament únic
Type of payment Recurrent payment or one-off payment

Data – Localitat: _____
Date – location in which you are signing

Signatura del deutor: _____
Signature of the debtor

TOTS ELS CAMPS HAN DE SER EMPLENATS OBLIGATÒRIAMENT.
UN COP SIGNADA AQUESTA ORDRE DE DOMICILIACIÓ HA DE SER ENVIADA AL CREDITOR PER A LA SEVA CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.