



Full d'inscripció 21-22
El Niuet d'IDEAT



ideat
CENTRE DE SUPORT FAMILIAR

Dades personals participant

Cognoms, Nom

DNI / NIE / Passaport *si en té*

Adreça

Data de naixement

Escola / Institut

Curs

Telèfon PARTICIPANT *si en té*

Dades del representant i comunicació per la nostra App gratuïta EDVOICE i correu electrònic

Cognoms, Nom *del responsable de la inscripció*

DNI / NIE / Passaport

Nom i telèfon del **responsable 1**

Correu electrònic NOTIFICACIONS 1 amb MAJÚSCULES

Nom i telèfon del **responsable 2**

Correu electrònic NOTIFICACIONS 2 amb MAJÚSCULES

Marqueu amb una **X** el servei **PROGRAMAT** escollit . (per donar de baixa la matrícula s'ha d'avisar abans del dia 20 de cada mes)

| | De dilluns a divendres menys festius | Data d'inici |
|-------------------------|---|--------------|
| Acollida matinal 8 a 9h | € | / / |
| Torn 9 a 13h | € | |
| Menjador de 13 a 15h | € | |
| Torn tarda de 15 a 16h | € | |
| Total | € | |

Tots els serveis contractats es pagaran abans del dia 5 de cada mes de referència, siguin consumits o no

Cal adjuntar **TIS del participant, DNI del representant i participant, carnet de vacunes**

AUTORITZO que el meu fill/a participi en les activitats organitzades per IDEAT – Centre de Suport Familiar i sóc coneixedor de tota la normativa, programació i funcionament d'activitats que es realitzaran així com les sortides que es faran fora del recinte de l'activitat, estant d'acord i autoritzant que participi.

AUTORITZO a que el meu fill o filla, en cas de necessitat i per tal de garantir la seva seguretat durant el transcurs de les activitats de lleure pugui ser transportat amb el vehicle **RENAULT TRAFIC** amb matrícula **7382 KFS** propietat del centre.

AUTORITZO / **NO AUTORITZO** a que pugui sortir en fotografies i/o vídeos corresponents a l'activitat per fer-ne difusió d'aquesta.

Signat: Pare/Mare, Tutor/Tutora o Representant legal

Amposta, _____ de/d' _____ de 20 ____ .

D'acord amb la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de Desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les seves dades personals aquí recollides passaran a formar part d'un fitxer propietat de Marc Vidal Panisello, representat de IDEAT. Vostè podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant un escrit adreçat a: IDEAT – Marc Vidal Panisello, Av. Josep Tarradelles 119-121 d'Amposta, 43870. La inexactitud, falsedat o omissió en les dades, o la no presentació d'aquesta, determinen la impossibilitat d'exercir l'activitat afectada des del moment en que se'n tingui constància, sense perjudici de les responsabilitats que puguin derivar-se (article 38 de la Llei 26/2010, de 3 d'agost, de règim jurídic i de procediment de les administracions).

Més informació i inscripcions a Av. Josep Tarradelles 119-121 d'Amposta. www.ideat.cat



FITXA MÈDICA

NOM DEL PARTICIPANT:

SALUT

Té alguna al·lèrgia o intolerància? Sí / No *En cas afirmatiu, indiqueu quina:*

Pateix alguna malaltia crònica? Sí / No *En cas afirmatiu, indiqueu quina:*
Estat actual:.....

Què cal fer?

Té pell atòpica? Sí / No

Té alguna dificultat física, psíquica o sensorial? *En cas afirmatiu, indiqueu quina i en quin grau:*

Pren alguna medicació habitualment: Sí / No

En cas afirmatiu, en cas afirmatiu caldrà adjuntar la pauta mèdica

Altres aspectes:

EVOLUCIÓ MOTRIU

Ha gatejat anteriorment o gateja Sí / No *Edat que va començar a caminar si camina:*

Hi ha algun tipus de problema en la seva evolució motriu?:

Altres aspectes:

ALIMENTACIÓ I NUTRICIÓ

És al·lèrgic o intolerant a algun aliment? Sí / No *Que no pot menjar?.....*

Menja sol? Sí / No **Menja de tot?** Sí / No **Menja assegut?** Sí / No

Quantitat Molt / Normal / Poc **Quin ritme té a l'hora de menjar** Lent / Ràpid

Sap beure aigua sol? Sí / No **Aliments que no li agraden:**

Segueix algun règim o dieta especial? Sí / No *Especificar quin:.....*

Altres aspectes:

SON

Dorm bé a la nit? Sí / No **Es desperta sovint** Sí / No **Quantes hores:**

Dorm alguna estona durant el matí o a la tarda: **Té canvis d'humor?** Sí / No

Altres aspectes:

Més informació i inscripcions a Av. Josep Tarradelles 119-121 d'Amposta. www.ideat.cat



SOCIABILITAT

S'entreté jugant? Sí / No Quin tipus de joc prefereix:

Necessita presència d'un adult per jugar? Sí / No Juga sol? Sí / No

Quina relació té amb els altres infants:

Altres aspectes:

Hàbits

Li deixeu fer coses a ell/a sol/a? Sí / No És endreçat/da? Sí / No

Es renta les mans sol/a? Sí / No Altres aspectes:

HIGIENE PERSONAL

Controla bé els esfínters? Sí / No

Té facilitat en agafar polls? Sí / No

Descriu al teu fill/a

.....
.....
.....
.....

Amposta, adede 20.... .

Dono fe que les dades de la fitxa són certes

Signat: Pare/Mare, Tutor/Tutora o Representant legal



Declaració responsable en relació a la situació de pandèmia generada per la Covid-19

Declaro sota la meua responsabilitat i **marco amb una X**:

____ Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure en la que en/la (*nom participant*)..... participa.

Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.

____ Que he sigut informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que poden haver-se de dur a terme si apareix un cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.

____ Que m'encarrego d'aportar les quantitat necessària de mascaretes per en/la (*nom participant*)..... pels dies que duri l'activitat, en cas que així ho requereixi l'equip de dirigents.

____ Que informaré a l'entitat organitzadora de qualsevol variació de l'estat de salut d'en/la (*nom participant*)..... compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l'activitat, en/la (*nom participant*)..... compleix els requisits de salut següents:

____ Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecció.

____ No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

Només marcar en cas de menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per la Covid-19:

____ *Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.*

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat