

COLÒNIES I CAMPAMENTS D'ESTIU DE LA COORDINADORA DE LLEURE

Estiu 2024 Sol·licitud d'inscripció

SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ

(a omplir pel noi/noia)

En/Na _____
sol·licita assistir a l'activitat de referència, en les condicions establertes.

Signatura del noi/noia

Torn al qual s'inscriu (marcar amb una creu)

Colònies:

Ei, Gent! - Petits
Ei, Gent! - Mitjans
Ei, Gent! - Grans

Fotografia de carnet del noi/noia

Campaments:

Escambell - Petits
Escambell - Grans
Femtram - Grans

CAL OMLIR LA FITXA AMB MAJÚSCULES I LLETRA CLARA

DADES DEL NOI/NOIA QUE SOL·LICITA LA INSCRIPCIÓ

COGNOMS: _____

NOM: _____ NIF: _____

DATA DE NAIXEMENT: Dia _____ Mes _____ Any _____ EDAT: _____ anys

ADREÇA: _____ Nº: _____ Pis: _____

CP: _____ POBLACIÓ: _____

ESCOLA A LA QUAL ASSISTEIX: _____ CURS: _____

Escriu-nos el nom i cognom de tres amics o amigues que també vinguin a les colònies o campaments:

DADES DEL RESPONSABLE LEGAL I DE CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA

COGNOMS _____ NOM: _____

RELACIÓ AMB EL PARTICIPANT: _____ TELÈFON 1: _____

TELÈFON 2: _____

CORREU ELECTRÒNIC (amb lletra clara i majúscula): _____

ALTRES CONTACTES (nom i telèfon): _____



DADES MÈDIQUES (a omplir pels responsables legals)

En/Na _____ amb D.N.I. núm. _____

com a pare, mare o tutor legal del participant abans descrit confirmo que se li pot subministrar la medicació a la declaració esmentada de caràcter bàsic en cas de necessitat.

Així com autoritzo a subministrar la medicació habitual* _____
amb una periodicitat _____.

Alhora, declaro que:

- Se li revisarà prèviament la presència de polls i en cas que assisteixi al torn amb presència d'aquests, el cost del tractament l'assumirà la família.
- Si s'han detectat polls prèviament, tot i haver fet el tractament, s'avisarà a l'equip de monitors corresponent.

Així mateix, certifico que està protegit/da amb les vacunes assenyalades en la normativa vigent. **Sí** **No**

En cas de no estar protegit amb aquestes vacunes, assumeixo totes les responsabilitats que puguin derivar-se'n.

Signatura

_____, __ d _____ de 20____.

si no pren medicació habitual escriuiu: **no en pren*

DADES COMPLEMENTÀRIES (a omplir pels responsables legals) Encerclar sí o no

| | | |
|--|----|----|
| Sap nedar? | Sí | No |
| Es mareja fàcilment? | Sí | No |
| Està acostumat a caminar? | Sí | No |
| Pateix alguna alteració del son? Quina? _____ | Sí | No |
| Té alguna al·lèrgia o intolerància (alimentària o no)? Quines? _____ | Sí | No |
| Té dificultat a l'hora de menjar o amb algun aliment concret? Amb quin/s? _____ | Sí | No |
| Segueix algun règim especial? Quin? _____ | Sí | No |



Es posa malalt freqüentment? Sí No
De què? _____

Pateix hemorràgies nasals? Sí No

Pateix alguna malaltia de caràcter crònic (asma, diabetis,...)? Sí No
Quines? _____

Penseu que hi ha alguna altra informació que ens pugui ser útil? _____

DECLARO/AUTORITZO Cal marcar amb una creueta cada casella que s'autoritza

Declaro:

- Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/da a comunicar a la Coordinadora de Lleure del Pla de l'Estany qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.

- **Com a pare, mare o tutor legal de l'infant abans descrit l'autoritzo** a assistir a l'activitat sol·licitada d'acord amb les condicions establertes.

- **Autoritzo** que el personal responsable de les estades administri la medicació que s'especifica en aquest document i/o que s'indiqui en un document per escrit en el moment de l'inici de les estades.

- Autoritzo** que algun monitor traslladi el/la seu/seva fill/a en el vehicle privat destinat a l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat pertinents.
- Autoritzo** que el personal mèdic pugui intervenir d'urgència al/a la participant si així ho creu necessari en cas que no s'hagi pogut contactar amb la família.
- Autoritzo** que el personal responsable de les estades administri analgèsics, si es considera convenient. En tots els casos s'informarà a les persones tutores. Si s'escau, si us plau indiqui el tipus d'analgèsic: **Ibuprofè Paracetamol**
- Autoritzo** que el personal responsable de les estades desinfecti les ferides amb Betadine® (encerclau la opció que desitgeu).
- Autoritzo** a la Coordinadora de Lleure del Pla de l'Estany, i a les entitats que en formen part, a fer fotografies/filmacions de les activitats i participants durant el desenvolupament de les estades, per fer-ne ús en el marc de les actuacions de l'entitat, per tota la durada dels drets d'imatge i per tot el món, i autoritza expressament la Coordinadora a la seva difusió, transformació i reproducció a les diverses xarxes socials.
- Autoritzo** a la Coordinadora de Lleure del Pla de l'Estany, i a les entitats que en formen part, a fer fotografies/filmacions de les activitats i participants durant el desenvolupament de les estades, per fer-ne ús en el marc de les actuacions de l'entitat, per tota la durada dels drets d'imatge i per tot el món, i autoritza

expressament la Coordinadora a facilitar-les únicament a les famílies sense publicar-les a les xarxes socials.

- Autoritzo** a la Coordinadora de Lleure a informar a la meva família de les activitats que dugui a terme en els seus àmbits de competències.

DATA: _____

SIGNATURA, DNI i NOM:



INSTRUCCIONS PER A LA INSCRIPCIÓ (NO CAL IMPRIMIR-HO AMB LA FITXA)

1. **Omplir** aquest imprès en lletra majúscula.
2. **Preparar** una **fotografia mida carnet, una fotocòpia de la targeta de la Seguretat Social, i una fotocòpia del full de vacunes.**
3. **Fer l'ingrés** al compte de Coordinadora de Lleure del Pla de l'Estany a Banc Sabadell **seguint un dels següents 3 passos.**
 - a. **A la finestra del Banc Sabadell:** Fer un ingrés al compte corrent de la Coordinadora ES30-0081-0097-2800-0133-3336 (Banc Sabadell) de l'import corresponent (veure taula de preus) a l'activitat on s'inscriu el participant. Aquesta operació té un cost d'uns 2€. Com a concepte de l'ingrés ha de fer-hi constar l'activitat i el nom del participant (Exemple: Ei, Gent! Petits – Piturrillu Bufaforats)
 - b. **Transferència a través d'internet:** Fer un ingrés al compte corrent de la Coordinadora ES30-0081-0097-2800-0133-3336 (Banc Sabadell) de l'import corresponent (veure taula de preus) a l'activitat on s'inscriu el participant usant la aplicació/web de banca a distància de la seva entitat. Aquesta operació té un cost variable en funció de les taxes/comissions que tingui pactades amb el seu banc. Com a concepte de la transferència ha de fer-hi constar l'activitat i el nom del participant (Exemple: Ei, Gent! Petits – Piturrillu Bufaforats)
 - c. **Pagament amb targeta a través d'un caixer de Banc Sabadell:**
 - Introduir la targeta al caixer.
 - Clicar "+ opcions" (a baix a la dreta).
 - Clicar "Pagament a tercers" (a dalt a l'esquerra).
 - Marcar el codi de coordinadora: 1472.
 - Seleccionar el torn.
 - Escriure el nom i el número de preinscripció del participant en el camp informació addicional
 - El caixer us farà 2 impresos. Un per a vosaltres i l'altre per a nosaltres.

En qualsevol cas s'ha de fer constar el nom del participant i el nom del torn en el concepte del pagament.

| Entitat | Ei, Gent! | | | Escambell | | Femtram |
|---------|-----------|---------|-------|-----------|-------|---------|
| Torn | Petits | Mitjans | Grans | Petits | Grans | Únic |
| Preu | 225 € | 225 € | 225 € | 155 € | 155 € | 85 € |

4. **Portar-ho tot plegat** (fitxa omplerta, fotografia de carnet, fotocòpia targeta de la seguretat social, fotocòpia del full de vacunes i comprovant del pagament) **del 15 al 29 de maig** a l'Espai Jove Cal Drac (al costat del camp de futbol vell). **Cada dia de dilluns a divendres de 17h a 19h.**