



## FULL INSCRIPCIÓ LUDOTECA 2020/2021

### Dades pare, mare o tutor/a legal:

Nom		Cognoms	
Adreça		Població	
Codi Postal		DNI	
Telèfon mòbil		Telèfon fix	
Correu electrònic			
Núm. Compte			

### Dades de l'alumne:

Nom		Cognoms	
Data naixement		Edat	
Curs			

• **Autoritzo** a assistir a l'equipament infantil Ludoteca de Can Galan els següents dies:

- Dilluns
- Dimarts
- Dimecres
- Dijous
- Divendres

• Amb la següent quota mensual:

- 1 dia setmana: 11 €
- 2 dies setmana: 16 €
- 3 dies setmana: 21 €
- 4 dies setmana: 26 €
- 5 dies setmana: 30€

- 10% descompte - Germà

### **Autorització a:**

- Com a titular del compte corrent esmentat, autorizo a l'Ajuntament de La Pobla de Claramunt a fer-ne ús per al cobrament dels rebuts de les quotes mensuals de l'Equipament infantil Can Galan:

### **Signatura:**



## **FITXA MÈDICA**

- És al·lèrgic/a o intolerant a algun medicament?  Sí  No

A què/ quins?

- Especifiqueu si pateix alguna malaltia o discapacitat remarcable:
  - Pren algun medicament?  Sí  No
- Quin

## **AUTORITZACIONS PARE/ MARE/ TUTOR/A**

El/ la Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

**Declaro que totes les dades que queden ressenyades en aquest document d'inscripció són certes i autoritzo la participació del meu fill/a \_\_\_\_\_ a realitzar totes les activitats físicoesportives i de lleure.** El personal de la Ludoteca no administrarà medicació per malaltia que requereixi una atenció especial (injectables, via rectal, subcutanis), però sí que podrà efectuar petites cures.

- En cas d'emergència mèdica que posés en risc la salut de l'infant es trucarà al 112.
- L'equip educatiu pot prendre les decisions pedagògiques en el procés educatiu i de lleure de l'Infant

Autoritzo  No Autoritzo  Que la seva **imatge pugui aparèixer en els mitjans de comunicació municipal** ( butlletí, premsa escrita, suport mòbils, web, facebook, twitter) per la difusió de les activitats i del servei de l'equipament infantil.

Autoritzo  NO Autoritzo  Que el meu **fill/a marxi sol** de l'equipament infantil Can Galan a l'hora d'acabament



Autoritzo a les següents persones a poder recollir el meu fill/a:

Nom i cognoms: DNI:

Parentesc:

Nom i cognoms: DNI:

Parentesc:

Nom i cognoms: DNI:

Parentesc:

La Pobla de Claramunt, de de 20

Signatura:

Informació sobre el tractament de dades personals	
Responsable del tractament	Ajuntament de La Pobla de Claramunt
Delegat de Protecció de Dades	<a href="mailto:dpd@lapobladeclaramunt.cat">dpd@lapobladeclaramunt.cat</a>
Finalitat	Gestionar la matrícula del/la menor a la llar d'infants municipal en el curs esmentat
Legitimació	Interès públic. Execució de relació contractual o mesures precontractuals.
Destinatari	Administracions públiques competents en la matèria o empreses vinculades a serveis públics
Termini de conservació	El que preveu la normativa per fer front a l'exercici i defensa de reclamacions
Drets	Accés, rectificació, supressió, limitació, oposició, portabilitat, a no ser objecte d'elaboració de perfils, a revocar el consentiment i presentar una reclamació davant l'autoritat de control competent
Informació addicional	Consulti la nostra política de privacitat: <a href="http://www.lapobladeclaramunt.cat/altres/proteccio-de-dades-personals.html">http://www.lapobladeclaramunt.cat/altres/proteccio-de-dades-personals.html</a>