

# AUTORITZACIÓ CASAL D'ESTIU 2023

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI / NIE \_\_\_\_\_ com a mare/pare o  
tutor/a legal, autoritzo a \_\_\_\_\_ amb  
DNI/NIE \_\_\_\_\_ a participar de les activitats de **CASAL D'ESTIU** i a  
**LES ACTIVITATS** organitzades per l'empresa **AKELALLEURE S.L.** amb **CIF B72581473**  
durant el període de temps al qual s'ha inscrit.

## DADES PERSONALS DE L'INFANT

COGNOMS

NOM

DOMICILI

DATA DE NAIXEMENT

## DADES DE CONTACTE

Nom i cognom persona responsable	Indicar quin rol assumeix ( mare, pare, familiar... )	Telèfon	Correu electrònic

Declaro que dispo de les facultats legals per a atorgar la present autorització.

Nom, cognoms

Data

Signatura

# FITXA DE SALUT

## DADES PERSONALS DE L'INFANT

COGNOMS

NUM. TARGETA SANITÀRIA

NOM

DOMICILI HABITUAL

DATA DE NAIXEMENTEN CAS

D'EMERGÈNCIA, TRUCAREM A

TELÈFON EN CAS D'EMERGÈNCIA

## INFORMACIÓ SANITÀRIA BÀSICA:

	SI	NO	OBSERVACIONS
Sap nedar sense cap tipus de suport ?			
Pateix d'alguna malaltia?			
Es mareja sovint durant els trajectes ?			
Pateix alguna al·lèrgia alimentària?			
Té diagnosticada alguna NESE?			
Alguna informació rellevant sobre el seu comportament ?			
ALTRES OBSERVACIONS:			

Faig extensiva aquesta autorització a les **decisions medicoquirúrgiques** que calgués adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

Em declaro assabentat que **es farà ús del transport públic o de transport particular, per realitzar alguna de les activitats o per realitzar una visita mèdica.**

Nom, cognoms

Signatura

Data



# GESTIÓ DADES I DRETS D'IMATGE

## GESTIÓ DE DADES:

De conformitat amb el que disposa la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD) l'informem que **les dades personals consignades en aquest document són incorporades en fitxers titularitat d'AKELALLEURE S.L.** amb la finalitat de gestionar els serveis que ofereix aquesta entitat.

El sotasignat **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). **AKELALLEURE S.L.** i les entitats vinculades es comprometen a tractar aquestes dades amb la màxima reserva i confidencialitat. Així mateix, el sotasignat autoritza a que les dades puguin ser conservades per gestionar adequadament ulteriors encàrrecs que pugui realitzar-nos.

Si fos el cas, les dades dels usuaris **poden ser publicades en els taulells d'anuncis dels centres on es desenvolupa l'activitat, i comunicades als efectes acreditatius oportuns a l'escola o entitat a través de la qual contracta els nostres serveis**, així com als organismes i institucions subvencionadores de l'activitat a la qual s'inscriu.

Per exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició que contempla la Llei pot dirigir-se mitjançant comunicació escrita a **AKELALLEURE S.L.** per correu electrònic a **info@akelalleure.com**.

## DRETS D'IMATGE

Autoritzo a que es pugui **registrar a través de fotografies i vídeo la imatge i la veu de l'infant**, durant el servei que es realitzarà i en el qual participarà, organitzat per **AKELALLEURE.SL** i així mateix que dites fotografies i vídeos puguin ser **utilitzades per a les activitats del projecte i es puguin publicar per AKELALLEURE S.L. en qualsevol mitjà**, sempre i quan la publicació tingui per finalitat difondre les activitats i/o finalitats socials d'aquestes entitats que en formen part.

**SI , AUTORITZO**

**NO , AUTORITZO**

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

**Nom, cognoms**

**Data**

**Signatura**

# AUTORITZACIÓ DE RECOLLIDA

## AUTORITZACIÓ PER MARXAR SOL/A DEL CASAL :

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI / NIE \_\_\_\_\_, com a mare/pare o tutor/a legal, autoritzo a \_\_\_\_\_ amb DNI/NIE \_\_\_\_\_ a **marxar sol, sense acompanyant adult**, de les de **CASAL D'ESTIU** i a **TOTES LES ACTIVITATS** organitzades per l'empresa **AKELALLEURE S.L.** amb **CIF: B72581473** durant el període de temps al qual s'ha inscrit.

Nom, cognoms  
Data

Signatura

## AUTORITZACIÓ DE RECOLLIDA :

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI / NIE \_\_\_\_\_, com a mare/pare o tutor/a legal, autoritzo a \_\_\_\_\_ amb DNI/NIE \_\_\_\_\_ a **marxar acompanyat de :**

Nom i cognom	Telèfon

\*En cas de marxar acompanyat d'alguna de les persones presentades, **caldrà avisar a la responsable de casal ja sigui presencialment, per telèfon o correu electrònic.**

Nom, cognoms  
Data

Signatura