

## MATRÍCULA ESCOLA D'ESTIU 2024

### I.- DADES PERSONALS PARE/MARE/TUTOR-A: / DATOS PERSONALES PADRE/MADRE/TUTOR-A:

Nom i Cognoms / Nombre y Apellidos	DNI / DNI:
Adreça / Dirección:	Nº / num:
Població / Población:	CP / CP:
E-mail / E-mail:	Telèfons / Teléfonos:

### 2.- DADES DEL XIQUET-A: / DATOS DEL NIÑO-A:

Nom del xiquet-a/Nombre del niño-a:	Data de naixement/Fecha Nacimiento:	
Col·legi /Colegio:	Curs / Curso:	Edat / Edad:

### 3.- DADES ACTIVITAT: / DATOS ACTIVIDAD:

Indicans l'opció elegida / Indícanos la opción elegida:

- Opció A: Dies 24, 25, 26, 27 i 28 de juny de 2024 – PREU: 20€  
 Opció B: De l'1 al 31 de juliol de 2024 – PREU: 70 €  
 Opció C: De l'1 al 14 d'agost de 2024 – PREU:45€

### 4.- AMB OPCIÓ DE ESCOLETA MATINERA / CON OPCIÓN DE ESCOLETA MADRUGADORA:

<input type="checkbox"/> Escoleta matinerera (8h a 9h) / Escoleta madrugadora (8h a 9h) (1)
---

### 5.- AVÍS EN CAS D'URGÈNCIA / AVISO EN CASO DE URGENCIA

En cas de necessitat de contacte urgent durant el transcurs de l'activitat, aviseu a: / en caso de necesidad de contacto urgente durante el transcurso de la actividad, avisar a: .....

Parentiu: / parentesco: ..... Telèfon / teléfono: .....

### 6.- AUTORIZACIÓ MARE-PARE-TUTOR-A / AUTORIZACIÓN MADRE-PADRE-TUTOR-A

EN-NA-N' / D-Dª.....

AUTORITZE AL MEU FILL-A / AUTORIZO A MI HIJA .....

A ASSISTIR A LES ESCOLETES DE MONCOFA, D'ACORD A LES CONDICIONS ESTABLIDES EN LA CONVOCATÒRIA I ACREDITE QUE LES SEUES CONDICIONS FÍSQUES SANITÀRIES SÓN APTES PER A PARTICIPAR EN L'ACTIVITAT, AIXÍ COM QUE SÓN VERTADERES TOTES LES DADES INDICADES / A ASISTIR A LAS "ESCOLETAS DE MONCOFA", DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CONVOCATORIA Y ACREDITO QUE SUS CONDICIONES FÍSICAS SANITARIAS SON APTAS PARA PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD, ASÍ COMO QUE SON VERDADERAS TODOS LOS DATOS INDICADOS

AUTORITZE EL TRASLLAT MÈDIC DEL MEU FILL-A EN CAS D'ACCIDENT I INTERVENIR QUIRÚRGICAMENT O PRENDRE QUALSEVOL ALTRA DECISIÓ MÈDICA PER PART DEL CORRESPONENT EQUIP MÈDIC, EN CAS D'URGÈNCIA./ AUTORIZO EL TRASLADO MÉDICO DE MI HIJO-A EN CASO DE ACCIDENTE E INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE O TOMAR CUALQUIER OTRA DECISIÓ MÈDICA POR PARTE DEL CORRESPONDIENTE EQUIPO MÉDICO, EN CASO DE URGENCIA

AUTORITZE A REBRE PETITES CURES I MEDICAMENTS COM ANALGÈSICS, ANTIPIRÈTICS I ANTIINFLAMATORIS, DE FORMULACIÓ INFANTIL I QUE ES LLIUEN SENSE RECEPTA, PER PART DELS DIRIGENTS/ AUTORIZO A RECIBIR PEQUEÑAS CURAS Y MEDICAMENTOS COMO ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS, DE FORMULACIÓN INFANTIL Y QUE SE ENTREGAN SIN RECETA, POR PARTE DE LOS DIRIGENTES

AUTORITZE A REALITZAR TOTES LES EIXIDES PROGRAMADES A L'ESCOLETA / AUTORIZO A REALIZAR TODAS LAS SALIDAS PROGRAMADAS DE LA ESCOLETA

DONE EL MEU CONSENTIMENT PERQUÈ EL MEU FILL/A SIGA FOTOGRAFIAT O FILMAT DURANT LES ACTIVITATS REALITZADES EN L'ESCOLETA PER A ÚS EXCLUSIU D'AQUESTA ACTIVITAT, AIXÍ COM PER LA SEUA PUBLICITAT EN LES XARXES SOCIALS DEL AJUNTAMENT / DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI HIJO/A SEA FOTOGRAFIADO O GRABADO DURANTE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA ESCOLETA PARA UN USO EXCLUSIVO DE ESTA ACTIVIDAD, ASÍ COMO PARA SU PUBLICIDAD EN LAS REDES SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO.

DONE EL MEU CONSENTIMENT EN LA UTILITZACIÓ DEL WHATSAPP O TELEGRAM COM VIA DE COMUNICACIÓ AMB L'EQUIP DE MONITORATGE O TÈCNIC / DOY MI CONSENTIMIENTO EN LA UTILIZACIÓN DEL WHATSAPP O TELEGRAM COMO CAUCE DE COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE MONITORIZACIÓN O TÉCNICO

**SIGNAT / FIRMADO**

**PARE - TUTOR / PADRE - TUTOR**

**MARE - TUTORA / MADRE - TUTORA**

**DATA / FECHA ...../...../202.....**

**Documentació a aportar/ Documentación a aportar:** fotocòpia de la targeta sanitària (obligatori) / fotocopia de la tarjeta sanitaria (obligatorio) (1) certificat jornada laboral (obligatori si se sol·licita acollida matinerera) / (1) certificado jornada laboral (obligatorio si se solicita acogida matinerera) només s'admetran les instàncies que presenten tota la documentació.

## 7.- FITXA MÈDICA / FICHA MÉDICA

### DADES FACULTATIVES / DATOS FACULTATIVOS

	SÍ	NO	ESPECIFICA TIPUS / ESPECIFICA TIPO
AL·LÈRGIC ALS ANTIBIÒTIC / ALERGIA A LOS ANTIBIÓTICOS			
AL·LÈRGIC A ALTRES <b>MEDICAMENTS</b> / ALERGIA A OTROS <b>MEDICAMENTOS</b>			
<b>AL·LÈRGIES</b> COMUNES / <b>ALERGIAS</b> COMUNES			
<b>AFECCIONS</b> COMUNES / <b>AFECCIONES</b> COMUNES			
SEGUEIX ALGUN <b>TRACTAMENT</b> / SIGUE ALGÚN <b>TRATAMIENTO</b>			

MALALTIES PASADES RELLEVANTS. TIPUS I DATA / ENFERMEDADES PASADAS RELEVANTES, TIPO Y FECHA	
VACUNA ANTITETÀNICA. DATA ÚLTIMA PRESA / VACUNA ANTITETÁNICA. FECHA ÚLTIMA DOSIS	

### ALTRES DADES D'INTERÉS QUE DESITGES CONSTATAR / OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEES CONSTATAR

--

### ASPECTES NUTRICIONALS / ASPECTOS NUTRICIONALES

	SÍ	NO	ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA / ESPECIFICA QUÉ TIPO Y SU CAUSA
CELÍAC / CELIACO			
DIETES ESPECÍFIQUES / DIETAS ESPECÍFICAS			

### ASPECTES FÍSICS / ASPECTOS FÍSICOS

	SÍ	NO	ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA / ESPECIFICA QUÉ TIPO Y SU CAUSA
POT REALITZAR QUALSEVOL <b>ACTIVITAT FÍSICA</b> AMB <b>NORMALITAT</b> / PUEDE REALIZAR CUALQUIER <b>ACTIVIDAD FÍSICA</b> CON <b>NORMALIDAD</b>			

### ANNEX/ANEXO

	SÍ	NO
El xiquet o xiqueta, al que pertany la present fulla de matrícula, té un grau de diversitat funcional igual o major de 33%, amb necessitats d'atenció individualitzada per a una correcta adaptació en l'activitat, aportant per açò la documentació que ho certifica./ el niño o niña, al que pertenece la presente hoja de matrícula, tiene un grado de diversidad funcional igual o mayor de 33%, con necesidades de atención individualizada para una correcta adaptación en la actividad, aportando por esto la documentación que lo certifica.		
<b>DATA I SIGNATURA DEL PARE-MARE-TUTOR-A / FECHA Y FIRMA DEL PADRE-MADRE-TUTOR-A</b>		

"En compliment de l'art.5 de la Llei orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal, us informem que les vostres dades seran incorporades a un fitxer destinat exclusivament als fins d'aquesta sol·licitud i no seran cedits a cap tercer, excepte per obligacions legals i a altres administracions públiques destinatàries del tractament Els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició podran ser exercits per mitjà d'un escrit. S'acompanyarà fotocòpia del seu DNI, dirigit al responsable del fitxer: Ajuntament de Moncofa Plaça de la Constitució, 1 12593 Moncofa Castelló" / "En cumplimiento del art.5 de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, os informamos que vuestros datos serán incorporados a un fichero destinado exclusivamente a los fines de esta solicitud y no serán cedidos a ningún tercero, excepto por obligaciones legales y a otras administraciones públicas destinatarias del tratamiento Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ser ejercidos por medio de un escrito. Se acompañará fotocopia de su DNI, dirigido al responsable del fichero: Ayuntamiento de Moncofa Plaça de la Constitució, 1 12593 Moncofa Castelló"