

AUTORITZACIÓ MATERNA/PATERNA

El Sr. / Sra. _____, amb DNI _____

autoritza a/en _____

a assistir a l'activitat organitzada per Lleure Jordi Turull, en les condicions establertes.

La programació setmanal serà publicada la setmana anterior a la web de l'entitat, indicant el lloc de realització de les activitats.

Fa extensiva aquesta autorització a que, en cas de necessitat, Lleure Jordi Turull pugui emprendre les accions pertinents per tal que el meu fill/a pugui rebre l'assistència sanitària oportuna, inclòs el desplaçament fins al centre sanitari en vehicle privat.

Igualment es responsabilitza de que el/la participant està en les condicions físiques i psíquiques adequades per poder fer l'activitat.

SI NO Autoritzo a participar a l'activitat organitzada per Lleure Jordi Turull en les condicions establertes.

SI NO Autoritzo a administrar paracetamol al meu fill/a, en cas de presentar febre superior a 38°C de temperatura corporal mentre s'espera l'arribada d'algun familiar que el pugui portar a casa.

SI NO El participant està al dia de les vacunes que li toquen per la seva edat. En cas que la casella no estigui marcada, és obligatori entregar la fotocòpia de la cartilla de vacunacions juntament amb la resta de documentacions.

SI NO Accepto i verifico que totes les dades incorporades en el moment de la inscripció són reals i que no estic ometent cap informació important.

_____, a _____ de _____ de 2024

SIGNATURA DE LA MARE / PARE / TUTOR/A LEGAL

FITXA SANITÀRIA

DADES PARTICIPANT

COGNOMS _____ NOM _____

ADREÇA _____ CODI POSTAL _____

POBLACIÓ _____ DATA NAIXEMENT _____

NÚMERO TARGETA SANITÀRIA (CATSALUT) _____

ESCOLA PIA SÍ NO En cas que no: ESCOLA _____

DADES TUTOR/A

NOM I COGNOMS _____

DNI _____ TELÈFON 1 _____ TELÈFON 2 _____

DADES D'INFORMACIÓ SANITÀRIA

Té alguna al·lèrgia o intolerància? SÍ NO

Especifiqueu quina:

Pateix alguna malaltia crònica? (ex: diabetis, asma, del cor, ...) SÍ NO

Especifiqueu quina:

Ha de prendre medicaments per prescripció mèdica: SÍ NO

Especifiqueu i aporteu recepta mèdica:

Altres indicacions a tenir en compte:

INFORMACIÓ I AUTORITZACIÓ DRETS D'IMATGE I TRACTAMENT DE DADES

Nom i cognoms de la persona participant: _____

DNI/NIE/Passaport: _____

Nom i cognoms del/de la representant legal: _____

DNI/NIE/Passaport: _____

El **responsable del tractament** és l'Escola Pia de Catalunya, amb domicili a la Ronda de Sant Pau, 80 de Barcelona. Les **bases jurídiques del tractament** són el consentiment atorgat amb aquest document, la relació contractual i l'obligació legal.

La **finalitat del tractament** és fer servir les dades per a gestionar la informació que calgui per a prestar els serveis que ens demaneu i per a informar-vos de les activitats que organitzem, tant per mitjans electrònics com per altres mitjans. Per millorar el nostre funcionament intern també es poden fer servir les dades per fer estadístiques. El **període de conservació** de la informació necessària per poder certificar la relació quan ho demani la persona interessada és indefinit.

Fem servir imatges, so, treballs i dades de les persones participants de les nostres activitats. En alguns casos, se'n faran servir per fer difusió de les activitats als espais de difusió pública d'informació: web, blogs, xarxes socials, revista i altres publicacions. Podeu rebre més informació d'aquest apartat a la web de l'escola <https://www.escolapia.cat/avis-legal/>. Les imatges es conservaran amb caràcter històric fins que revoqueu aquesta autorització.

Als nostres espais hi ha càmeres de seguretat. Les imatges captades es conservaran un màxim de 30 dies i només es cediran a la policia o als òrgans judicials adients en cas d'infracció o delicte. En tot cas, per imperatiu legal.

Els **destinatari de la vostra informació** són: el personal propi del responsable del tractament (degudament autoritzat per la direcció), els proveïdors necessaris per complir amb les nostres obligacions, les persones o entitats que paguin la matrícula per facilitar el control de la relació jurídica, i les administracions públiques en l'àmbit de les seves competències.

Podem fer **transferències internacionals de dades** quan fem servir sistemes de Google (Google Workspace), amb qui tenim un acord signat, d'acord amb les indicacions de l'autoritat competent. Podeu obtenir més informació als següents enllaços <https://support.google.com/a/answer/2888485?hl=en> i <https://www.privacyshield.gov/participant?id=a2zt000000001L5AAI>.

En cas que ens cedi **dades de terceres persones**, haureu de comunicar-los tota la informació que consta en aquest document.

Exercici de drets. Teniu dret a accedir al contingut de les vostres dades personals, a rectificar-les i a suprimir-les, a limitar el tractament, a oposar-vos a que les tractem, a consentir expressament la portabilitat de la vostra informació, a no sotmetre-us a decisions individuals automatitzades i a revocar totalment o parcial el consentiment que atorgareu quan signeu aquest document.

La **negativa a facilitar-nos les dades** que us demanem, impedirà que puguem gestionar les obligacions que ens vinculen amb vosaltres i poden condicionar la vostra participació a algunes activitats.

Podeu contactar amb la persona **delegada de Protecció de Dades** enviant un missatge de correu a proteccio.dades@escolapia.cat. Teniu **dret a reclamar** davant l'autoritat de control.

Llegida i entesa l'anterior informació,

DEMANO I AUTORITZO als Responsables del Tractament perquè tractin tota la informació facilitada i la que s'elabori posteriorment en les condicions que consten en el present document.

A _____, a _____ de _____ de 20__

Persona participant
(major de 14 anys)
Signatura

Representant legal
Signatura

Responsable del tractament
Segell