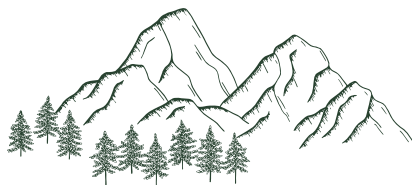


INFORMACIÓ



*La **Fundació Esforç** us informa que disposa de l'aplicació informàtica GESPLAI que li permet disposar d'un fitxer automatitzat de dades de caràcter personal, així com un arxiu documental i un altre audiovisual general que contenen dades i informació de caràcter personal. *L'Aplicació Informàtica GESPLAI ha estat desenvolupada i és propietat de la Fundació Pere Tarrés (FPT).*

La **Fundació Esforç** disposa d'una llicència d'ús per a la utilització del programa.

TRACTAMENT DE DADES:

- **Responsable del tractament:** El/La **Fundació Esforç** amb domicili a C. Abadia 6 43746 TIVISSA.
- **Finalitat del tractament i període de conservació:** La finalitat de la creació, existència, manteniment i ús del fitxer és el tractament de la informació i les dades amb la finalitat de realitzar les activitats organitzades, mantenir-vos informats i donar compliment les finalitats de l'entitat. Les dades es conservaran fins que revoqueu el consentiment que s'atorga amb aquest document.
- **Base jurídica del tractament:** Consentiment atorgat amb aquest document, relació contractual i obligació legal.
- **Destinatari de la informació:** Els destinataris de la informació i de les dades són totes les àrees, entitats federatives i col·laboradores del/de la **Fundació Esforç** que siguin necessàries per al compliment de les finalitats expressades al paràgraf anterior, els estaments oficials als quals estem obligats a cedir les dades, així com els centres sanitaris corresponents en cas d'urgència.
- **Exercici de drets:** Teniu dret a accedir al contingut de les 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 total, o parcialment el consentiment que atorgareu quan signeu aquest document dirigint-vos a nosaltres per escrit a C. Abadia 6 43746 TIVISSA o *presencialment*, facilitant-vos el tràmit adequat a la vostra pretensió.
- **Conseqüències de la negativa a atorgar consentiment:** La negativa a facilitar les dades sol·licitades, impedirà que puguem gestionar les obligacions que ens vinculen amb vosaltres i poden condicionar la participació a les activitats.
- **Dret a reclamar:** L'organisme competent per resoldre els conflictes derivats de la signatura d'aquest document és l'Autoritat de Control de Protecció de Dades Espanyola.
- **Informació:** No s'utilitzen processos automatitzats de creació de perfils.

DRETS I UTILITZACIÓ D'IMATGE:

- La **Fundació Esforç** en el desenvolupament dels seus serveis i activitats pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual als participants i podrà, amb les finalitats esmentades, publicar-les en els seus mitjans propis, com ara, pàgines web, perfils de xarxes social, revistes, altres publicacions, catàlegs comercials de difusió d'activitats o cedir-los.

Campaments 2024

+ de 40 anys de
CAMPAMENTS ESFORÇ

FITXA D'INSCRIPCIÓ

CAMPAMENTS:

- 1ª setmana** - del 7 al 14 de juliol
- 2ª setmana** - del 14 al 21 de juliol
- 3ª setmana** - del 21 al 28 de juliol
- 4ª setmana** - del 28 de juliol al 4 d'agost
- 5ª setmana** - del 4 al 10 d'agost



POTS VENIR DUES SETMANES!

DADES DEL NEN/A:

Nom: _____

Cognoms: _____

Direcció: _____

Població: _____ C.P.: _____

Telèfon: _____ O bé: _____

Nom del pare/tutor: _____ Nom de la mare: _____

Domicili dels pares/tutors durant l'activitat (si és diferent a l'habitual):

Direcció-e (e-mail): _____

Data de naixement: _____ Edat: _____

Data de sant: _____

És el 1r—2n—3r—4t—5è—6è ... any que vinc de Campaments.

Fa més de 6 anys que vinc de Campaments!! (Marca amb un cercle)

FITXA MÈDICA

Cal omplir tots els camps



Núm. targeta sanitària: _____ Grup sanguini: _____

Pren alguna medicació? SI NO Quina? _____

(Cal omplir la fitxa complementària per poder administrar la medicació al nen/a)

És al·lèrgic? SI NO A què? _____

Quina medicació pren? _____

Dosi: _____ Amb quina freqüència? _____

Segueix algun règim? SI NO Quin? _____

Pateix alguna malaltia infecciosa o contagiosa? SI NO

Quina? _____

En cas de febre, quina medicació pren? _____ Dosi: _____

Pateix d'enuresi nocturna (pipí mentre dorm)? SI NO

Té problemes amb la vista/oïda? Quins? _____

Té algun problema de mobilitat? _____

Es fatiga fàcilment? SI NO

És hàbil? SI NO

Menja de tot algunes coses Quantitat molt poc

Sap nedar? _____

DECLARACIÓ:

Jo (pare/mare/tutor) _____, declaro que
(nom del nen/a) _____ està en perfecte
estat de salut i està protegit amb les vacunes assenyalades a la normativa vigent.

OBSERVACIONS:

Signatura:



Cal omplir tots els camps

En/Na _____

amb DNI núm: _____ pare/mare/tutor legal, autoritzo al
meu/va fill/a a assistir als "CAMPAMENTS", dels dies _____ de _____
al _____ de _____ de 2024.

Igualment, es declara coneixedor de la normativa i condicions de participació
i del projecte educatiu de l'entitat organitzadora, acceptant-les mitjançant
l'acte d'aquesta signatura.

Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos
necessari adoptar en cas d'extrema urgència i sota la direcció facultativa
adequada.

També autoritza a l'entitat a traslladar el participant amb el vehicle que es
consideri oportú, que l'infant pugui banyar-se en la piscina privada dels
Campaments, banyar-se en una piscina pública en cas d'excursió i que se li
puguin efectuar petites cures i subministrar, només, antitèrmics,
antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostes de paracetamol, àcid
acetilsalicílic o ibuprofè, per part de l'equip de dirigents.

I alhora, DEMANO I AUTORITZO al "Responsable del tractament" per a què
tracti tota la informació facilitada i la que s'elabori posteriorment i per
realitzar i publicar les imatges del participant, en les condicions que consten
en el present imprès. *

Signatura: