

DADES INFANT:

Nom i Cognoms _____

Adreça: _____

Data de Naixement: _____ Curs: _____

DADES MEDIQUES:

Al·lèrgies: _____

Malalties: _____ Medicació: _____

Numero Cat Salut: _____

DADES INSCRIPCIÓ:

ACTIVITAT 1: _____

ACTIVITAT 2: _____

ACTIVITAT 3: _____

ACTIVITAT 4: _____

Com contactar durant l'activitat:

Nom: _____ Telèfon: _____

Nom: _____ Telèfon: _____

Qui recollirà al infant a la sortida de l'activitat:

NOM DE LA PERSONA	MARE/ PARE/ AVI...

DRETS D'IMATGE:

En compliment amb l'establir per Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter personal i del Reial Decret 1720/2007 del Reglament de desenvolupament de la LOPD els responsables d'aquest centre sol·liciten també el consentiment perquè autoritzi que la imatge del meu fill/a o tutelat/da, pugin aparèixer en:

- | | |
|---|---|
| ☐ SI ☐ NO | Fotografies i filmacions corresponents a activitats que organitzi AFA Escola Pau Casals |
| ☐ SI ☐ NO | Pàgina web d'AFA Escola Pau Casals com a imatge o vídeo |
| ☐ SI ☐ NO | Publicacions a Facebook e Instagram d'AFA Escola Pau Casals com a imatge o vídeo |
| ☐ SI ☐ NO | Fotografies i filmacions de l'ajuntament. |
| ☐ SI ☐ NO | Pàgina web municipal de Viladecans com a imatge o vídeo |

AUTORITZACIÓ:

El Sr/a _____
amb DNI _____ com a pare/mare/tutor autoritza a al seu fill/a a participar en les activitats extraescolars de l'AFA Pau Casals en les condicions establertes.

La signatura de la inscripció implica l'acceptació de la normativa de les activitats.

Signatura del pare/mare/tutor

Viladecans, _____ d _____ de 202__

**CAL PORTAR UNA FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA SI NO HA FET
ABANS ACTIVITATS EXTRAESCOLARS**