

## FITXA DE SALUT

CASAL/CAMPUS: \_\_\_\_\_ Any: 20\_\_ Curs finalitzat: \_\_\_\_\_

Cognoms: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Nom del pare/mare/tutor-a: \_\_\_\_\_

Tlf Fix 1: \_\_\_\_\_ Tlf Mòbil 1: \_\_\_\_\_

Tlf Fix 2: \_\_\_\_\_ Tlf Mòbil 2: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### DIVERSITAT FUNCIONAL:

Si  No  En cas afirmatiu:

Tipologia de la discapacitat:

Física  Auditiva  Visual  Psíquica  Malaltia   
mental

Grau de discapacitat  Pren Medicació:  Tipus: \_\_\_\_\_ Periodicitat: \_\_\_\_\_

Ha demanat monitor/a de suport en aquesta campanya d'estiu (2017):

### MALALTIES CRÒNIQUES:

Si  No  En cas afirmatiu:

Quina/Quines: \_\_\_\_\_

Pren Medicació:  Tipus: \_\_\_\_\_ Periodicitat: \_\_\_\_\_

### RÈGIM ALIMENTARI:

Si  No  En cas afirmatiu:

TIPUS DE DIETA

Celíaca (sense gluten)  Sense ou  Sense lactosa  -Diabetis

- Altres (especifiqueu quina): \_\_\_\_\_

Observacions:/ Protocol d'actuació en cas de situació crítica:

Signatura pare/mare/tutor-a:

A Sport Partnership CET 10 S.L i Centre d'Estudis Montseny SCCL tractem la informació que ens facilita per tal d'atendre el menor durant la seva estada en les millors condicions necessàries i oferir i realitzar el servei sol·licitat. La legitimitat del tractament de les dades personals és el consentiment per part del propi interessat i en el cas de menors pel consentiment dels pares o tutors. Les dades sol·licitades són necessàries per dur a terme l'activitat. Les dades proporcionades es conservaran durant els anys necessaris per complir amb les obligacions legals. Destinataris: Les dades no es cediran a tercers excepte en els casos en què hi hagi una obligació legal. Vostè té dret a obtenir confirmació sobre si en Sport Partnership i Centre d'Estudis Montseny SCCL estem tractant les seves dades personals per tant té dret a accedir a les seves dades personals, rectificar les dades inexactes o sol·licitar la seva supressió quan les dades ja no siguin necessàries. Per a això pot adreçar al Delegat de Protecció de Dades mitjançant una carta a Sport Partnership CET 10 S.L. , a la direcció Rbla. de Guipúscoa, 23-25 baixos, 08018 Barcelona. Telèfon 932 78 31 35 o correu electrònic escrivint a [privacitat@cet10.com](mailto:privacitat@cet10.com) indicant el dret que desitja exercir. Cal acreditar la identitat del sol·licitant acompanyant fotocòpia del DNI. Té dret a presentar una reclamació davant l'autoritat de control competent si considera que s'ha produït algun tipus de vulneració en relació amb el tractament de les seves dades personals.

**DOCUMENT D'AUTORITZACIÓ DE SORTIDES I D'ATENCIÓ MÈDICA**

En/na ..... (nom i cognoms), amb DNI/NIE  
..... pare, mare o tutor legal declaro conèixer i autoritzar els desplaçaments  
i les activitats que l'infant ..... realitzarà durant  
l'estança al nostre campus.

Tanmateix autoritzo que sigui atès/a i se li pugui realitzar les atencions mèdiques pertinents,  
prèvia opinió i diagnòstic facultatiu reconegut, utilitzant si cal el vehicle que tinguem a disposició  
per traslladar a l'infant al centre mèdic més proper.

Els/les responsables de l'activitat, en el seu cas, informaran telefònicament de tots els passos a  
seguir i actuacions a realitzar.

En Barcelona, a ..... de ..... de 201....

SIGNAT:

A més cal entregar:

- Fotocòpia del Cotsalut
- Fotocòpia del Carnet de vacunació