**QÜESTIONARI DE SALUT DEL NEN/A PARTICIPANT EN EL CASAL DE SETEMANA SANTA 2020.**

**Nom i congoms de l’alume/a**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A fi de poder tenir una informació més important i valuosa, per a poder dur a terme una feina docent més eficient i segura, us agrairem que ompliu aquest qüestionari:

**1.- El/ la participant té el carnet de vacunacions al dia? \_\_ SI \_\_ No**

( si marqueu que no expliqueu els motius) …………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2.- Té alguna dificultat per a realitzar exercici físic o en el desenvolupament de les activitats realitzades a les estades? \_\_ SI \_\_ NO**

En cas afirmatiu, quina? ……………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

**3.- Pateix algun tipus de malaltia o patología crònica? \_\_ SI \_\_ NO En cas afirmatiu, quina?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.- Té alguna diversitat funcional i/o NEE (Necessitats Educatives Especials) \_\_ SI \_\_ NO. En cas afirmatiu, quina?**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5.- Pateix alguna al.lèrgia (medicaments, plantes, productes)? \_\_ SI \_\_ NO.-**

En cas afirnatiu, quina? …………………………………………………………………………..

Quin grau de conscienciació té l’infant respcete a l’al.lèrgia?

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Com han d’han d’actuar els monitors?

………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………..

Com es pot prevenir l’al.lèrgia (si s’escau)?

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**6.- Pren algun medicament? \_\_ SI \_\_ NO.- En cas afirmatiu, quin?** ……………………………………………………………………………………………………………………

**7.- Observacions (qualsevol comentari que considereu necessari afegir)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signatura

**Full d’autorització per a participar en el Casal de Setmana Santa 2020**

**Dades del menor**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms |  |
| Data de naixament |  |
| Curs |  |
| Número targeta sanitària |  |
| Telèfon de contacte | (encercleu el/els telèfons que vulgueu que afegim al grup de Watsapp de les Estades) |
| 1.- Nom | Telèfon | Parentiu |
| 2.- Nom | Telèfon | Parentiu |
| 3.- Nom  | Telèfon | Parentiu |

**Dades del pare, mare o tutor**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms |  |
| Adreça |  |
| email |  |

**Autortizo**

**1.- Al meu/va fill/a a :**

- Participar en el **CASAL DE SETMANA SANTA 2020**  del qual faig palès el coneixament del programa d’activitats

Marqueu el que correspongui \_\_\_ SI \_\_\_\_ NO

- Fer ús de les instal.lacions municipals corresponents

Marqueu el que correspongui \_\_ SI \_\_\_ NO

- Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat en cas de necessitar atenció mèdica

Marqueu el que correspongui \_\_ SI \_\_\_ NO

- Efectuar petites cures i subministrar només antitèrmics, antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol o ibuprofè, per part de l’equip de dirigent, previ avís al pare/mare/tutor. Si el nen/a ha de prendre alguna medicació caldrà aportar recepta del metge i autorització del pare, mare o tutor per a la seva administració.

Marqueu el que correspongui \_\_\_ SI \_\_\_ NO

**2.- A les monitores del Casal de Setmana Santa 2020** **que deixin sortir al meu fill/a sol** **sense l’acompanyament de cap adult en finalitzar la jornada** del casal de Setmana Santa, sense que aquest fet comporti cap responsabilitat de les monitores ni de l’Ajuntament de Camarasa.

Marqueu el que correspongui \_\_\_ SI \_\_\_ NO

**3.- Autorització per a la publicació d’imatges de menors per a l’Ajuntament de Camarasa .**

Amb la inclusió de les noves tecnologies dins les comunicacions, publicacions i accions comercials que pot realitzar l’Ajuntament de Camarasa i la possibilitat que en aquestes pugui aparèixer el vostre fill/a durant la realització dels serveis ofertats i donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l’article 18 de la Constitució i regulat per la Llei 1/1982 de 5 de maig, sobre el dret a l’honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge i el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d’abril de 2016, relatiu a la protecció de dades, **l’Ajuntament de Camarasa demana el consentiment dels pares, mares o tutors legals per a poder publicar les imatges** en les quals apareguin individualment o en grup els menors i que siguin realitzades en les nostres instal.lacions i fora de les mateixes, referent a les activitats contractades amb nosaltres o oferides voluntàriament en relació al programa i activitats de les Estades 2020.

En/Na ............................................................................................... amb DNI ....................................

Pare, mare o tutor del menor ...............................................................................................................

1. **Autoritzo a l’Ajuntament de Camarasa**, a través dels monitors/es del Casal de Setmana Santa 2020 **a captar i utilitzar les imatges fotogràfiques i audiovisuals** en què apareix el nen/a en relació a les activitats que es fan durant les estades

Marqueu el que correspongui \_\_ SI \_\_ NO

1. **Autortizo a l’Ajuntament de Camarasa a través dels monitors/es del Casal de Setmana Santa 2020 a la publicació, si s’escau, de les esmentades imatges a** :

1.- Pàgina web de l’Ajuntament de Camarasa \_\_ SI \_\_ NO

2.- Facebook de l’Ajuntament de Camarasa \_\_ SI \_\_ NO

3.- Facebook de les Estades \_\_ SI \_\_ NO

4- Instagram de les Estades \_\_ SI \_\_ NO

5.- Canal You Tube de les Estades \_\_ SI \_\_ NO

6.- Grup de Watsapp de les Estades \_\_ SI \_\_ NO

**Em comprometo a comunicar** a l’Ajuntament de Camarasa a través del personal de secretaria o a través de la directora del casal (Jessica Febas) l’assistència dels infants al Casal de Setmana Santa com a màxim el dia 30 de març de 2020 als efectes d’una correcta previsió dels monitors. En cas que no es tingui aquesta informació en la data esmentada podria comportar la impossibilitat d’acceptar a l’infant per motius de ràtio.

Camarasa, ........... de/d’......................................... de 2020.

Autorització pare/mare/tutor

(data,signatura, DNI)

**CASAL DE SETMANA SANTA 2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIES** | **SI** | **NO** |
| **6 a 9 d’abril** |  |  |

Documentació per al Casal de Setmana Santa

* Full d’inscripció al casal
* Còpia del DNI del nen/a o Llibre de familia i DNI pare/mare/tutor/a
* Còpia de la Targeta Sanitària o Mútua
* Còpia de la cartilla de vacunacions
* Qüestionari de salut

Preus: - 40 euros

- descompte 10% germà

Aquesta documentació haurà de ser tramesa mitjançant:

* seu electrònica de l’Ajuntament de Camarasa: https://www.seu- e.cat/web/camarasa,
* correu electrònic: estadesamarasa@gmail.com
* presencialment a les oficines de l’Ajuntament

L’Ajuntament es reserva el dret a anul.lar les estades en cas que no hi hagi un mínim de 10 infants inscrits.

**Forma de pagament**: càrrec en compte bancari. Cal que ompliu i retorneu en el moment de fer la inscripció el full d’ordre de domiciliació de càrrec directe SEPA CORE que us adjuntem.

**ORDRE DE DOMICILIACIÓ DE CÀRREC DIRECTE SEPA CORE**

**(A)**

|  |
| --- |
| **Dades del creditor**  Ajuntament de Camarasa**CIF**  P2507400F**Adreça** Plaça Major, 1.-25613 Camarasa**Concepte**: ESTADES CAMARASA 2020 |

Mitjançant la signatura d’aquesta ordre de domiciliació, el deutor **autoritza** (A) al creditor a enviar instruccions a l’entitat del deutor per realitzar càrrecs a la compte d’aquest i (B) a l’entitat per efectuar els càrrecs a la seva compte seguint les instruccions del creditor. Com a part dels seus drets, el deutor està legitimat al reemborsament per part de la seva entitat en els termes i condicions del contracte subscrit amb la mateixa. La sol·licitud de reemborsament s’haurà d’efectuar dins de les vuit setmanes que segueixen a la data de càrrec al compte. Pot obtenir informació addicional sobre els seus drets dirigint-se a la seva entitat financera.

**(B)**

|  |
| --- |
| **Dades del deutor (titular/s del compte del càrrec)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Adreça del deutor**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Codi Postal.- Població-Província**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Núm. de compte-IBAN**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Signatura del deutor** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |