

 Centre Excursionista de Terrassa

 **PRE-INSCRIPCIÓ ACTIVITAT**

**Jo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**com a pare/mare/tutor de \_\_\_\_\_\_ l’autoritzo a participar en l’activitat de Kames Kids,**

**coordinada pel Centre Excursionista de Terrassa, en l’opció dels dies exposats (assenyaleu amb una X els dies i franges horàries**

**QUE TINGUEU DISPONIBLE, a efectes de coordinar millor la formació i assignació de grups)**

**DILLUNS 17:15 - 18:30 H. \_\_ DIMARTS 17:15 - 18:30 H. \_\_ DIMECRES 17:15 - 18:30 H. \_\_ DIJOUS 17:15 - 18:30 H. \_\_**

 **DIMARTS 18:30 - 19:45 H. \_\_ DIJOUS 18:30 - 19:45 H. \_\_**

Localitat on fer l’activitat: VILADECAVALLS **\_\_**  TERRASSA **\_\_** RELLINARS **\_\_**

**Telèfons de contacte (mare/pare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mail/s de contacte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A quina escola/institut va?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quin curs fa? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Practica habitualment algun esport? Quin ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Durant l’activitat fem fotografies per ajudar a promoure’ns. D’acord amb la normativa vigent de drets d’imatge dels infants, us preguem que ens notifiqueu si autoritzeu al vostre fil/la a sortir-hi o no (Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l’honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge)

**FOTOS SI \_\_\_ FOTOS NO \_\_\_**

**En finalitzar l’activitat, podeu venir a buscar el vostre fill/a o bé que torni sol cap a casa? MARXAR SOL SI \_\_\_ NO \_\_\_**

**Pateix alguna malaltia (al·lèrgia, asma, epilèpsia, etc.)? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Quina?**

**Pateix algun impediment físic o psíquic o algun trastorn a tenir present? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Quin?**

**Te la vacuna antitetànica al dia? SI \_\_\_ NO \_\_\_**

**Pren algun medicament habitualment? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Quin?**

**Ha tingut algun tipus d’intervenció quirúrgica? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Quina?**

**Es fatiga habitualment amb poc exercici? SI \_\_\_ NO \_\_\_**

**Altres observacions** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Terrassa, \_\_\_\_\_ de de 202\_\_**

Signant aquesta inscripció dono el meu consentiment per tal que, d’acord amb la Llei Orgànica 154-1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, les dades que lliuro meves i/o del meu/va fill/a siguin incorporades als fitxers del Centre Excursionista de Terrassa, amb la finalitat de rebre el servei al qual respon aquesta inscripció. En tot cas, se m’informa que puc accedir als drets d’accés, rectificació, cancel·lació i oposició que s’especifica a l’esmentada Llei, de forma gratuïta, adreçant-me a la Secretaria del Centre Excursionista de Terrassa a través del mail centre@ce-terrassa.cat. El Centre Excursionista de Terrassa em manifesta que es compromet a no utilitzar aquestes dades més enllà del que sigui necessari per al bon desenvolupament de l’activitat i, per tant, no les cedirà en cap cas ni a tercers ni a cap altra finalitat que no sigui la descrita.