



Esplai Xangó

C/ Pedrell 67-69, 08032 Barcelona

www.esplaixango.com /esplaixango@gmail.com

FITXA PERSONAL D'INSCRIPCIÓ

Dades generals:

Nom i Cognoms: _____
Escola on estudia: _____ Curs: _____
Data de naixement: ____/____/____
Nº de germans/es: _____ Edat/s: _____ Van a l'esplai?: _____
Llengua que el/la nen/a fa servir habitualment: _____
Nom i cognoms de pare/mare/tutor/a: _____
Professió: _____
Nom i cognoms de mare/pare/tutor/a: _____
Professió: _____

Adreça:

Carrer: _____ nº: _____ Escala: _____ Pis: _____ Porta: _____
Codi postal: _____ Població: _____ Barri: _____
Telèfon fix: _____ Mòbil (Família): _____ En cas d'urgència: _____
Mòbil Infant: _____ E-mail Família: _____
E-mail Infant: _____

En cas de segona adreça :

Carrer: _____ nº: _____ Escala: _____ Pis: _____ Porta: _____
Codi postal: _____ Població: _____ Barri: _____
Telèfon fix: _____ Mòbil (Família): _____ En cas d'urgència: _____
Mòbil Infant: _____ E-mail Família: _____
E-mail Infant: _____

Dades bancàries:

Nom i Cognoms del titular: _____	Banc / Caixa: _____
Domiciliada a: _____	Telèfon: _____
Adreça: _____	C.P.: _____ Població: _____
Província/País: _____	Nº Compte/Llibreta: _____ - _____ - _____ - _____
	Entitat Oficina DC Nº de compte

Trets característics de l'infant

Si creu que hi ha alguna cosa interessant o, a tenir en compte, ho pot escriure aquí:

Dades sanitàries:

Incidències habituals:

Mal de panxa	<input type="checkbox"/>	Angoixa	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
Mal de cap	<input type="checkbox"/>	Restrenyiment	<input type="checkbox"/>	Mal d'oïda	<input type="checkbox"/>
Pipí al llit	<input type="checkbox"/>	Hemorràgies	<input type="checkbox"/>	→ on?	

Altres: _____

Es mareja sovint? _____ Cal medicació davant d'un viatge? _____

Es al·lèrgic? _____ A què? _____

Tractament en cas d'al·lèrgia: _____

Tractament en cas de febre: _____

Porta totes les vacunes que li pertoquen? _____

Té la vacuna antitetànica? _____ Any d'aplicació? _____

Grup sanguini: _____ Sap nedar? _____

Observacions (medicacions, règims, antecedents quirúrgics, discapacitats, trastorns de conducta, etc.): _____

I perquè així consti, jo, _____, amb DNI _____

a _____, el de _____ de 20 _____

Firmo, _____

Protecció de dades: En virtut del disposat al Reial Decret 1720/2007, de 21 de desembre, i a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, us informem que les vostres dades personals quedaran incorporades i seran tractades als fitxers de l'esplai, amb la finalitat de gestionar i coordinar els nostres serveis, realitzar tasques administratives i enviar informació tècnica que pugui ser del vostre interès.

Així mateix, en els casos que no sigueu vosaltres, us comprometeu de forma expressa a obtenir el consentiment d'aquelles terceres persones que es beneficien de la mateixa, abans de comunicar-nos dades.

Al lliurar-nos les vostres dades accepteu el tractament d'aquestes, per part de l'esplai, i la cessió puntual a d'altres entitats del MLP, així com a d'altres organismes que ens obliguin legalment. Us informem, també, de la possibilitat d'exercir, en qualsevol moment, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i/o oposició de les vostres dades de caràcter personal mitjançant correu electrònic dirigit a esplaixango@gmail.com o bé mitjançant escrit dirigit a la seu social de l'esplai al C/ Pedrell 67-69 Barcelona