



# V CAMPUS MULTIESPORTIU I DE JOCS POPULARS



## CLUB D'ATLETISME "ELS COIXOS"

### 1) DADES DEL XIQUET/A:

Nom i cognoms:	Data naixement: ____ - ____ - ____	
Adreça:		
Població:	Codi postal:	Nº SIP:

### 2) DADES DELS PARES/TUTORS

Nom i cognoms del pare o tutor:			
Nom i cognoms de la mare o tutora:			
Telèfons: Casa:	Treball:	Mòbil 1:	Mòbil 2:
E-mail:			

**Altre contacte en cas d'urgència, si no es pot contactar amb el pare-mare-tutor/a:**

Nom:	Relació amb el xiquet/a:	TELÈFON:
------	--------------------------	----------

### 3) OPCIÓ A LA QUE APUNTE AL XIQUET (marqueu al principi en una X):

	<b>OPCIONS</b>	<b>PREU</b>	<b>2on germà</b>
<input type="checkbox"/>	CAMPUS COMPLET (del 06/07 al 31/07)	90,00€	80,00€
<input type="checkbox"/>	1ª quinzena (del 06/07 al 17/07)	50,00€	40,00€
<input type="checkbox"/>	2ª quinzena (del 20/07 al 31/07)	50,00€	40,00€

Es el segon germà que s'apunta al campus?  (SI/NO)

### 4) AUTORITZACIÓ

En	com a pare-mare-tutor/a
legal de	autoritze la seua participació en:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les activitats que es desenvolupen fora del Poliesportiu Municipal de Carlet.</li><li>• Els reportatges audiovisuals que puguen fer-se en el Campus</li></ul>	
En cas de no arrebregar-lo personalment, autoritze a _____ a fer-ho en el meu lloc.	

Signat pare/tutor

Signat mare/tutora

**REUNIÓ PRÈVIA:** dilluns 29-06-20, 20:00 al **Saló d'actes de l'Ajuntament** (Pendent confirmar, es comunicarà convenientment).

**DOCUMENTACIÓ A APORTAR** (entregar en la pista a Benja Mansilla o algun entrenador):

- FOTOCOPIA DEL SIP.
- JUSTIFICANT DE L'INGRES AL COMPTE DE **BANKIA** : ES05 2038 6314 4730 0010 6818 (concepte: Campus + nom del xiquet/a)
- SOL·LICITUD CUMPLIMENTADA I SIGNADA PELS PARES (Informació mèdica, autorització imatges, mesures d'higene, acceptació de condicions)



## V CAMPUS MULTIESPORTIU I DE JOCS POPULARS



### CLUB D'ATLETISME "ELS COIXOS"

#### 6) INFORMACIÓ MÈDICA

A continuació li presentem una sèrie de qüestions sobre els possibles problemes de salut del seu fill/a que puguen tindre una repercussió en l'àmbit del Campus. Per favor, conteste les preguntes amb màxima sinceritat.

1.- Patix alguna al·lèrgia? \_\_\_\_\_ A què?

2.- Deu d'evitar alguns aliments? \_\_\_\_\_ Quins?

3.- Deu d'evitar algun medicament? \_\_\_\_\_ Quins?

4.- Patix alguna infermetat? \_\_\_\_\_ Quina?

5.- Es propens a alguna malaltia? \_\_\_\_\_ A quina?

6.- Està seguint algun tractament que implique medicació? \_\_\_\_\_ Quin? (especificar nom de les medicines que està prenent, l'horari d'administració i la data de finalització del tractament).

**AUTORITZACIÓ:** En cas de no poder contactar amb els pares o tutors, autoritze als monitors del Campus a prendre les decisions que siguen necessàries en relació a la salut del meu fill/a.

Signat pare/tutor

Signat mare/tutora

Poseu ací la fotocopia del SIP





V CAMPUS MULTIESPORTIU I DE JOCS POPULARS



CLUB D'ATLETISME "ELS COIXOS"

## **Autorització per a la publicació d'imatges** **pel Club d'Atletisme "Els Coixos"**

Amb la inclusió de les noves tecnologies dintre de les comunicacions, publicacions i accions comercials que pot realitzar el Club d'Atletisme "els Coixos" i la possibilitat de que en aquestes puguem aparèixer les dades personals i/o imatges que s'han facilitat al nostre Club dintre de la vinculació existent.

I donat que el dret a la pròpia imatge hi és 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 la Llei 15/1999, de 13 de Desembre, sobre la Protecció de Dades de Caràcter Personal.

El Club d'Atletisme "Els Coixos" demana el seu consentiment per a poder fer servir les dades personals que ens ha facilitat, per a temes de gestió interna, o imatges en les quals apareguen individualment o en grup que, amb la finalitat de promoure el Club o alguna de les activitats que realitzem, poguérem considerar oportunes.

En/Na ..... amb DNI ..... autoritza al Club d'Atletisme "els Coixos" a fer un us comercial de les meues dades personals facilitades dins de la relació amb el nostre club i per a poder ser publicades en: ·

- La pàgina web i perfils en reds socials del Club.
- Filmacions destinades a la difusió de l'associació.
- Fotografies per a revistes o publicacions d'àmbit relacionat amb el nostre club

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

SIGNAT:

(Nom i cognoms del pare/mare o tutor/a)



## Mesures personals d'higiene i prevenció obligatòries front al COVID-19

El xiquet/a no pot acudir al Campus si se dona alguna de les següents circumstàncies:

- a) Te símptomes compatibles amb el COVID-19:
  - Temperatura superior a 37,5 °
  - Tos o dificultat respiratòria
  - Congestió nasal o rinorrea
  - Expectoració
  - Diarrea, cefalea o vòmits
  - Erupció cutània d'origen desconegut
  - Pèrdua del feto o gust
  - Malestar general (letargia, confusió, ...)
- b) Està diagnosticat de COVID-19
- c) Es troba en període de quarantena domiciliaria per haver tingut contacte amb algú amb símptomes o diagnosticat del COVID-19. És important que les famílies col·laboren amb responsabilitat i solidaritat en el cas de que es sospite o es conega de situacions de contacte estret amb persones amb símptomes o diagnosticades.

Les famílies vigilaran l'estat de salut dels xiquets i prendran la temperatura avans d'anar al Campus.

Les mesures de prevenció, higiene i seguretat seran d'obligatori compliment per a tots els que participen al Campus.:

- a) Mascaretes obligatòries per a accedir i mentre no es puga mantenir la distància de seguretat
- b) Distància de seguretat de 2 metres
- c) Llavet de mans freqüent amb aigua i sabó o amb gels hidroalcohòlics
- d) Respectar l'aforament de la instal·lació.

D. \_\_\_\_\_ com a RRF  
he sigut informat del Document de Mesures personals d'higiene i prevenció obligatòries front al COVID-19

Signatura responsable familiar

D.N.I.

Data:



**MODEL D'ACCEPTACIÓ DE CONDICIONS I CONSENTIMENT DE PARTICIPACIÓ  
EN ACTIVITATS D'OCI JUVENIL I INFANTIL**

D. .... amb  
DNI..... actuant en nom propi com a RRFF de l' interessat/ada  
.....  
amb número DNI .....

Pertany a grups vulnerables o amb necessitats especials d'adaptació:

Sí

No

Declare baix la meua responsabilitat la sol·licitud per a que la persona, les dades de la qual figuren en l'encapçalament (l'interessat/ada) participe en les activitats de l'organització exposada, per això he llegit amb detall la informació proporcionada per la pròpia organització i accepte les condicions de participació, expresse el meu compromís amb les mesures personals d'higiene i prevenció i assumisc tota la responsabilitat davant la possibilitat de contagi per COVID-19 atenint que l'entitat promotora compleix també amb els seus compromisos i obligacions (Marque's el que procedisca).

Declaració responsable de no formar part de grups de risc o de conviure amb algú amb grup de risc:

Declare que l'interessat/ada compleix els requisits d'admissió establerts en el Document d'acceptació de condicions de participació, obligació d'informació i consentiment informat, no sent grup de risc ni convivint amb ningú que siga grup de risc.

Em compromet a notificar diàriament l'estat de salut i de causa d'absència de l'interessat/ada a través del mòbil, mitjançant telefonada o missatge telefònic.

Acceptació del Document de Mesures personals d'higiene y prevenció obligatòries front al COVID-19:

He llegit i accepte els compromisos continguts en el Document de Mesures personals d'higiene i prevenció obligatòries.

Consentiment informat sobre COVID-19

Declare que, després d'haver rebut i llegit atentament la informació continguda en els documents anteriors, sóc coneixedor/a de les mesures que implica, per a el/la participant i per a les persones que conviuen amb ell/ella, la participació de l'interessat/a en l'activitat en el context de desescalada o nova normalitat, i assumisc sota la meua pròpia responsabilitat, atenint que l'entitat promotora compleix també amb els seus compromisos i obligacions.

Signatura del responsable familiar: