



AUTORITZACIÓ ANUAL

Nom del nen/a:

Grup (Piules/Dinamites/Trons/TNTs):

AUTORITZACIÓ DEL TUTOR/A LEGAL DEL NEN/A

En/Na..... amb D.N.I., com a tutor/a legal de....., autoritzo al meu fill/a a participar a les activitats organitzades per l'Agupament La Traca, vinculat a l'escola La Salle Premià i a Joves La Salle, durant el curs 2020-21 els dissabtes de 16h a 18h tant dins de l'escola La Salle Premià com als seus voltants i municipi de Premià de Mar.

També l'autoritzo a:

- Realitzar activitats físico-esportives.
- Efectuar petites cures per part de l'equip d'animadors/es i a administrar lode (betadine) a les ferides en les petites cures que es puguin fer els nens i nenes sense prèvia consulta als familiars.

APORTACIÓ ANUAL:

35€

Via domiciliació
bancària

☐ Certifico que he completat la inscripció en línia (Sallenet).

Autoritzo al meu fill/a a que marxi sol un cop finalitzada l'activitat setmanal ja explicada:

☐ Sí ☐ No

Telèfon de contacte del pare/mare/tutor:

Correu electrònic del pare mare tutor:

Autoritzo a l'Agrupament La Traca, vinculat a La Salle Premià de Mar, a fer ús d'aquestes dades exclusivament per al correcte desenvolupament de l'activitat.

Signatura dels tutors legals

..... dedel 2020

Per la seguretat de tots, l'Agrupament sempre seguirà la normativa legal vigent, especialment en matèria de ràtios.

En cas de no tenir la capacitat per absorbir les persones inscrites en algun moment, es donarà prioritat a les persones ja inscrites anteriorment i la seva assistència. Si no fos suficient, es respectarà l'ordre d'inscripció.

Entregar abans del 21 d'Octubre a la bústia de Secretaria

Primer cau: 17 d'Octubre a les 16h00. // Reunió de pares (ONLINE): 7 d'Octubre a les 20h00.

En cas de dubte contacteu amb nosaltres: grupjovelatraca@gmail.com

AUTORITZACIÓ DOMICILIACIÓ BANCÀRIA

Participant: _____

Unitat (Piules/Dinamites/Trons/TNTs): _____

Dades del titular del compte (nom amb el qual expedirà el rebut l'Agrupament La Traca de forma recurrent i el certificat per la deducció en la declaració de la renda):

Nom i cognoms: _____

NIF:

Relació amb el participant: pare, mare, tutor/a, altres (marqueu la corresponent)

Adreca:

Localitat: _____

Codi Postal:

Dades del compte:

Codi IBAN:

ES

Declaro sota la meua responsabilitat que aquestes dades corresponen al meu compte corrent.

Localitat i data:

Signatura del titular del compte

Signant autoritzo a l'Agrupament La Traca, vinculat a La Salle Premià de Mar, i membre de l'associació Joves La Salle Catalunya a fer ús de les dades personals únicament per al correcte desenvolupament de l'activitat de l'Agrupament La Traca.

AUTORIZACIÓ DE DRETS D'IMATGE

Jo..... amb DNI

Pare/Mare/Tutor de Autoritzo a l'Agrupament La Traca, vinculat a l'escola La Salle Premià de Mar i membre de l'associació Joves La Salle Catalunya a: fer fotografies del meu fill/a, a que aquestes siguin penjades als canals de comunicació de L'Agrupament La Traca, La Salle Premià, La Salle Catalunya i Joves La Salle i a que s'utilitzin per promocionar activitats relacionades amb l'Agrupament (Instagram, Twitter i Pàgines Web). Declaro que dispenso de les facultats legals per a atorgar la present autorització sobre la utilització de la imatge del menor abans assenyalat.

A..... de del 2020

Signatura dels tutors legals

Entregar abans del 24 d'Octubre a la bústia de Secretaria

Primer cau: 17 d'Octubre a les 16h00. // Reunió de pares (ONLINE): 7 d'Octubre a les 20h00.

En cas de dubte contacteu amb nosaltres: grupiovelatraca@gmail.com

TARGETA SANITÀRIA INDIVIDUAL

Fotocòpia de la Targeta Sanitària (per davant i per darrere)

CARNET DE VACUNES (pàgina de vacunes i dates)

Fotocòpia del Carnet de Vacunes



Declaració responsable per a les famílies en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19

Declaro sota la meva responsabilitat:

- ☐ Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure, en la qual en/na participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació amb la pandèmia durant l'activitat.
- ☐ Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- ☐ Que m'encarrego d'aportar la quantitat necessària de mascaretes per en/na per als dies que duri l'activitat, en cas que així ho requereixi l'equip de dirigents.
- ☐ Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut d'en/na compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.
- ☐ Que comunicaré a l'entitat organitzadora les incidències escolars vinculades a la Covid-19 que hagin afectat al grup classe d'en/na mentre duri l'activitat.

Finalment, declaro responsablement que mentre duri l'activitat, en/na compleix els requisits de salut següents, i que en cas que algun d'ells no es compleixi, no assistirà a l'activitat:

- ☐ Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecció.
- ☐ No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.
- ☐ No està a l'espera del resultat d'una PCR o una altra prova de diagnòstic molecular, sigui seva o d'un convivent feta en el marc d'una sospita clínica d'infecció.
- ☐ Que el mateix dia que es realitza l'activitat, no està exclòs d'assistir al seu centre escolar per qualsevol incidència vinculada a la Covid-19.

Només marcar en cas de menor amb malaltia crònica d'elevada complexitat considerada de risc per a la Covid-19:

- ☐ Que el seu equip mèdic de referència, juntament amb la família o persones tutores, han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat