**LITTLE CAMP**

|  |
| --- |
| **Dades família** |
| **Tutor 1 (nom i cognoms)** |  | **DNI/ NIE / PASSAPORT** |  |
| **Tutor 2 (nom i cognoms)** |  | **DNI/ NIE /****PASSAPORT** |  |
| **DADES FACTURACIÓ****Correu electrònic:** |  |
| **Població:** |  | **País:** |  |
| **Adreça:** **Carrer/ núm. / porta** |  | **Codi postal:** |  |
| **Telèfons per contactar amb familiars dels participants en cas de necessitat, en ordre de prioritat** |
| **Ordre** | **Nom** | **Relació amb alumne** | **Telèfon** | **Observacions** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Dades participant 1** |
| **Nom:** | **Cognoms:** |
| **Data Naixement:** |  | **Curs realitzat en període 23/24:** |  |
| **Escola actual període 23/24** |  | **Està matriculat a SEIS el curs 23/24** | **SÍ□ NO□** |  |
| **ACTIVITATS (marquin amb una creu les setmanes/dies escollides):** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DILLUNS 25/03 | DIMARTS 26/03 | DIMECRES 27/03 | DIJOUS 28/03 |
| ACOLLIDA (8-8.55H) |  |  |  |  |
| MATÍ (9-13H) |  |  |  |  |
| DINAR (13-15H) |  |  |  |  |
| TARDA (15-17H) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Informació mèdica** |
| **Pateix alguna malaltia crònica? Pot repercutir en la seva activitat quotidiana?** |  |
| **Ha de prendre cap tipus de medicació?****Horaris i dosi del medicament (amb recepta mèdica)** |  |
| **ÉS Intolerant o al·lèrgic a algun aliment? Quin? Alguna recomanació dietètica especial a l’hora de menjar?** |  |
| **Altres dades importants a tenir en compte (al·lèrgies, etc.)**  |  |
| **Altres informacions:** |  |

|  |
| --- |
| **Autoritzacions** |
| **Autoritzo al meu fill/a a realitzar jocs d’aigua i/o banyar-se a les piscines que l’organització disposa a l’escola.** | **SÍ□ NO□** |
| **Autoritzo a que el meu fill/a realitzi desplaçaments amb cotxe propi de l’escola si ho requerissin les necessitats del nen/a, metge...** | **SÍ□ NO□** |
| **Autoritzo a que les dades i els protocols del meu tutelat estiguin accessibles.** | **SÍ□ NO□** |
| **Autoritzo les decisions mèdiques que fossin necessàries adoptar en cas d’extrema urgència sota la pertinent direcció facultativa.** | **SÍ□ NO□** |
| **Autoritzo la SEIS, SOCRATES EDUCA INTERNATIONAL SCHOOL, a utilitzar el material gràfic (fotos, vídeos...) derivat de les activitats en les que participa el meu tutelat durant els DIFERENTS PROGRAMES SEIS SPRING 2024.** | **SÍ□ NO□** |

En/Na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom i cognoms tutors/a) amb DNI núm. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (relació amb el/la participant) autoritzo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom participant)
a assistir a les activitats organitzades per la SOCRATES EDUCA INTERNATIONAL SCHOOL en els programes SEIS SPRING PROGRAMMES que es desenvoluparan al març 2024 i certifico amb la meva signatura l’autenticitat de totes les dades que apareixen en aquest document, fent extensiva aquesta autorització general a les específiques detallades més endavant (desplaçaments, mèdiques, imatge i protecció de dades).En virtut de la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal, per la present autoritza a que les dades personals facilitades seran tractades sota la responsabilitat de la Socrates Educa International School, que està formada per les empreses FUNDACIÓ ESCOLA INTERNACIONAL DEL CAMP (G-43731256) y ACTIUS IMMOBILIARIS FUNDACIÓ ESCOLA INTERNACIONAL DEL CAMP S.L.U. (B55543383) que son responsables en el tractament.

La finalitat d’aquest tractament és la de gestionar els serveis que se li presten, sent aquesta la base legitimadora per aquest tractament. Aquestes dades no seran transmeses a terceres persones  excepte a les autoritats competents i seran conservades fins la finalització de la prestació de serveis i les responsabilitats que se’n puguin derivar. En qualsevol cas, podrà indicar la revocació del consentiment donat, així com exercitar els drets d’accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades.Aquestes peticions s’hauran de realitzar a Salvador Espriu s/n, 43840 Salou (Tarragona) o lopd@socrateseduca.org. S’informa també que pot presentar una reclamació, si així ho considera, a l’Agència Espanyola de Protecció de Dades o posar-se en contacte amb el Delegat de Protecció de dades a Salvador Espriu s/n, 43840 Salou (Tarragona) o lopd@socrateseduca.org.

A Salou, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024

 Signatura tutor/a

**Si us plau, omplin el formulari amb les dades del participant i enviïn-lo SIGNAT a** **extraprogrammes@socrateseduca.org** **/ extracurricular@socrateseduca.org**

**Si el participant no està matriculat a Socrates Educa International School, si us plau adjuntin la següent documentació:**

1. Fotocòpia DNI Pare/Mare o Tutor/a autoritzant

2. Fotocòpia DNI participant

3. Fotocòpia de la targeta sanitària

**MÈTODE DE PAGAMENT**

En el cas de ser alumnes de l’escola, l’import es domiciliarà al número de compte que ja tenim.

Si els inscrits són de fora de l’escola, si us plau, indiquin-nos el NÚMERO DE COMPTE al qual volen que els domiciliem l’import de les activitats contractades:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_