



## Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers

BARCELONA, en data .....

L'esplai Olivera Rodona és el **Responsable del tractament** de les dades personals de l'**Interessat** i l'informa que aquestes dades seran tractades de conformitat amb el que disposa el Reglament (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), per la qual cosa li facilita la següent informació del tractament:

**Fi del tractament:** mantenir una relació comercial per garantir la correcta gestió de la seva incorporació/participació a les activitats sol·licitades i l'enviament de comunicacions dels nostres serveis i activitats.

**Criteris de conservació de les dades:** es conservaran mentre hi hagi un interès mutu per mantenir la fi del tractament i quan ja no sigui necessari per a tal fi, es suprimiran amb mesures de seguretat adequades per garantir la seudonimització de les dades o la destrucció total de les mateixes.

**Comunicació de les dades:** està previst cedir les seves dades a tercers per ser necessari per aconseguir la finalitat del tractament, explícitament les seves dades seran cedides a ESPLAIS CATALANS, Avinyó, 44 2 08002 Barcelona. Mail: [esplac@esplac.cat](mailto:esplac@esplac.cat), com a encarregat del tractament.

### **Drets que assisteixen a l'Interessat:**

- Dret a retirar el consentiment en qualsevol moment.
- Dret d'accés, rectificació, portabilitat i supressió de les seves dades i de la limitació o oposició al seu tractament.
- Dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat de control ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)) si considera que el tractament no s'ajusta a la normativa vigent.

### **Dades de contacte per exercir els seus drets:**

Esplai: Ass Juvenil Esplai L'Olivera Rodona

Adreça: C/Doctor Nubiola i Espinós 6D, 08028, Barcelona

Correu electrònic: [oliverarodona@gmail.com](mailto:oliverarodona@gmail.com)

Per realitzar el tractament de dades descrit, el Responsable del tractament necessita el seu consentiment explícit o el del seu representant legal.

### **L'Interessat consent el tractament de les seves dades en els termes exposats:**

Nom i cognoms ..... amb NIF .....

Representant legal de l'infant/jove ..... amb NIF .....

Signatura:



## Fitxa d'inscripció

Foto de  
l'infant/jove

**Curs 2024-2025**

### Dades de l'infant/jove

Nom:.....  
Cognoms: ..... Edat:  
Data de naixement: ...../...../..... Núm. TSI: .....  
Curs escolar: ..... Escola/Institut: .....  
Adreça: ..... N° ..... Pis ..... Porta .....  
Població: ..... Codi postal: ..... Mòbil  
de l'infant/jove (si en té): ..... Correu  
electrònic de l'infant/jove (si en té): .....

### Dades familiars (pares/mares/tutors/tutores)

Nom: ..... Nom: .....  
Cognoms: ..... Cognoms: .....  
Mòbil: ..... Mòbil: .....  
Telèfon casa: ..... Telèfon casa: .....  
Correu electrònic: ..... Correu electrònic: .....

### Important!

Si durant el curs modifiqueu o varia qualsevol dada o contingut d'aquesta fitxa és imprescindible que la família ho comuniqui el més aviat possible al monitor/a del grup o a la secretaria de l'esplai.

**Protecció de dades:** recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.



## Fitxa d'hàbits de salut

Destaca allò que ens pot ser útil per conèixer i interaccionar amb l'infant/jove:

1. És comunica i es relaciona fàcilment amb infants i joves de la seva edat?
2. Es comunica i es relaciona fàcilment amb persones adultes?
3. Expressa amb facilitat les seves emocions?
4. Expressa amb facilitat els seus interessos i necessitats?
5. És autònom en els hàbits d'higiene i cura personal?
6. Té alguna al·lèrgia alimentària, a medicaments o a altres?
7. Segueix alguna dieta especial?
8. Sap nedar?
9. Dorm sense dificultats?
10. Té dificultats motrius i de mobilitat?

**Protecció de dades:** recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.



11. Té alguna malaltia/trastorn/síndrome? (asma, diabetis, epilèpsia, trastorn alimentari...)

12. Li han diagnosticat alguna discapacitat física, psíquica o sensorial?

13. Es posa malalt/a amb freqüència? De què?

14. Pren alguna medicació permanent? En cas que hagi de prendre-la a l'esplai, cal omplir l'autorització de medicaments.

15. Té totes les vacunes que marca el calendari de vacunes per a la seva edat? 16.

Pateix mals habituals? (de cap, de panxa, hemorràgies, es mareja fàcilment, etc.)

17. Altres observacions:

I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a ..... de ..... de 20.....

**SIGNATURA DE LA TUTORA O TUTOR LEGAL**

**Protecció de dades:** recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.



## Autorització de participació

**Curs 2024-2025**

En/Na ..... amb DNI ..... com a tutor o tutora legal de l'infant ..... amb DNI ..... verifico totes les dades que aquí consten i a la vegada l'AUTORITZO a participar a les activitats organitzades per **l'esplai olivera rodona durant el curs 2024/25**.

Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ a (marqueu el cercle que autoritzeu)

- Que l'infant pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i l'organització pugui prendre les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries, sota la direcció facultativa pertinent.
- Que l'infant pugui ser transportat en un vehicle privat de l'organització a un centre sanitari, sempre que es necessiti atenció mèdica i prèvia indicació de les autoritats sanitàries pertinents (112).
- Que l'infant pugui rebre les cures pertinents i els primers auxilis en cas de ferides lleus, sempre prèvia revisió de la seva fitxa de salut.
- Que l'infant pugui realitzar activitats especials de risc sempre amb la supervisió i dinamització d'una persona especialitzada i entesa en el tema.
- Que l'infant es pugui banyar en piscines, rius, pantans, basses, llacs o mar.

Autoritzo a que l'infant **pugui marxar sol/a a casa un cop finalitzada l'activitat**, sota la meva responsabilitat.

Igualment, en cas de produir-se qualsevol circumstància anòmla (malaltia, mal comportament...) que, a judici de l'equip dirigent de l'activitat, impliqués l'abandonament de l'activitat per part de l'infant, em comprometo a recollir-lo/a al lloc de l'estada.

I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a ..... de ..... de 20.....

**SIGNATURA DE LA TUTORA O TUTOR LEGAL**

**Protecció de dades:** recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.



## Autorització per a l'ús de la imatge

Donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, Esplais Catalans demana el consentiment als tutors o tutores legals dels infants perquè aquests puguin aparèixer en imatges i vídeos corresponents a esdeveniments o activitats organitzades per l'esplai olivera rodona i/o Esplais Catalans (la federació a la qual pertany l'esplai) destinades a la difusió pública i no comercial en els següents canals de comunicació:

- Les pàgines web de l'esplai [oliverarodona.org](http://oliverarodona.org) i d'Esplais Catalans ([www.esplac.cat](http://www.esplac.cat), [www.somesplai.cat](http://www.somesplai.cat)).
- Les xarxes socials (Facebook, Twitter i Instagram) de l'esplai i d'Esplais Catalans.
- Les publicacions pròpies de l'esplai i d'Esplac.
- Filmacions puntuals realitzades per mitjans de comunicació a fi de fer difusió de les activitats i de l'esplai i Esplais Catalans.

En/Na ..... amb DNI ..... com a tutor o tutora legal de ..... amb DNI ....., membre de l'esplai ..... AUTORITZO a captar, publicar i reproduir la seva imatge corresponent a activitats organitzades per l'esplai olivera rodona i per Esplais Catalans a fi de fer difusió de l'esplai, d'Esplais Catalans i de les diferents activitats que realitzen ambdues entitats.

I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a ..... de ..... de 20.....

**SIGNATURA DE LA TUTORA O TUTOR LEGAL**

**Protecció de dades:** recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.



## Autorització per l'administració de medicació

En/Na ..... amb DNI ..... com a tutor o tutora legal de..... amb DNI....., membre de l'esplai Olivera Rodona.

SOL·LICITO I AUTORITZO que li sigui administrada la següent medicació:

Producte:.....

Dosi:.....

Horari:..... Des del dia..... fins al dia.....

Producte:.....

Dosi:.....

Horari:..... Des del dia..... fins al dia.....

Producte:.....

Dosi:.....

Horari:..... Des del dia..... fins al dia.....

*\* En cas de medicació amb recepta, s'ha adjuntar aquesta. En cas de medicació sense recepta (només pot ser analgèsic, antisèptic o antiinflamatori) també s'ha d'omplir aquesta fitxa.*

Assumeixo la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar. I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a ..... de ..... de 20.....

**SIGNATURA DE LA TUTORA O TUTOR LEGAL**

**Protecció de dades:** recorda que juntament amb aquesta autorització s'ha de signar el Consentiment en Protecció de Dades de Caràcter Personal amb cessió a tercers.