

AUTORITZO als responsable de les activitats, per a proporcionar al meu fill/a l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitat. Igualment autoritzo a l'hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari pel seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas. Amb el ben entès que contactaran amb nosaltres a la major brevetat possible.

Tanmateix, AUTORITZO a poder portar el meu fill/a al metge o a l'hospital en cotxe privat.

Confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/da d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistèmiques de Catalunya:

Si No

En cas de faltar alguna vacuna: Quina?

Altres observacions sobre malalties o atencions especials que cal tenir en compte**:

.....
.....
.....
.....
.....

**** En cas de tractament mèdic crònic, adjuntar recepta signada amb posologia.**

• Protecció de dades .

*Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades personals incloses en aquesta sol·licitud d'inscripció, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb **MEGSJC** seran incorporades en un fitxer propietat de **MEGSJC**, amb la finalitat de tramitar la sol·licitud, gestionar la participació dels menors en les activitats de l'entitat i complir amb el seu objecte social.*

*En tot cas, podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació o oposició, dirigint-se per escrit a: **MINYONS ESCOLTES I GUIES SANT JORDI DE CATALUNYA (MEGSJC)**, Rambla Mossèn Jacint Verdaguer 10, 08197 Valldoreix.*

*Assabentat i conforme amb l'exposat en els apartats anteriors, vostè consent i autoritza expressament a **MEGSJC** per tractar les dades personals que voluntàriament facilita, segons les finalitats exposades en aquest escrit.*

Aquest document serà vàlid durant l'estiu 2013 i pot ser canviat prèvia sol·licitud.

A, a data de de 20.....

Signatura del titular de les dades o del pare, mare o tutor/a: