

## FULL D'INSCRIPCIÓ DE MEG

Nom i cognoms\* \_\_\_\_\_

adreça\* \_\_\_\_\_ codi postal\* \_\_\_\_\_

població\* \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ data de naixement\* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

telèfon1\* \_\_\_\_\_ telèfon2 \_\_\_\_\_

Núm. targeta CatSalut: \_\_\_\_\_

### • **Autorització\***

Jo, en/na: \_\_\_\_\_ amb DNI núm.: \_\_\_\_\_

i correu electrònic: \_\_\_\_\_

com a pare  mare  tutor/a

AUTORITZO en/na \_\_\_\_\_

de la unitat de \_\_\_\_\_ de

l'Agrupament Escolta i Guia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, que pertany a Minyons Escoltes i Guies de Catalunya

(MEG), Demarcació de \_\_\_\_\_, a participar en les excursions, campaments de Setmana Santa, d'estiu i en totes les activitats organitzades per l'agrupament, així com en activitats de bany i/o natació.

Sap nedar: Sí  No

AUTORITZO als responsables 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/ada d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya:

Sí

No

\* Dades obligatòries

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.*

*L'informem que les dades seran comunicades a la **FUNDACIÓ PRIVADA JOSEP SANS** amb la finalitat que rebi informació d'aquesta entitat sense afany de lucre d'àmbit català, que té com a missió col·laborar en l'educació dels infants i joves mitjançant el suport a moviments i institucions de joventut catalanes que emprin el mètode escolta i guia. Si no vol que es cedeixin les seves dades a la **FUNDACIÓ PRIVADA JOSEP SANS** marqui aquesta casella*

*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 tot el curs 2013/2014 i pot ser canviat prèvia sol·licitud.

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

**Signatura del pare, mare o tutor/a:**

.....