



Casa Abadia
Plaça Sant Pere, nº6
46410 Sueca (Valencia)
www.juniorssantperemd.com

NOTA INFORMATIVA SOBRE EL FUNCIONAMENT DE LES ACTIVITATS DEL CENTRE

Vos recordem que l'horari del Centre és tots els dissabtes, de **17:00h a 19:45h.** (excepte aquells dies on hi haurà activitats excepcionals i que vos avisarem amb antelació). Tindrà lloc a la Casa Abadia o, en ocasions, al pati del Col·legi L'Encarnació.

A més vos informem que amb motiu de les normatives d'**assegurança de responsabilitat civil**, els xiquets estan inclosos en l'assegurança fins el termini de les activitats del centre que inclou l'Eucaristia, així com les activitats excepcionals que realitzem. Es per tant de gran importància que com a pare/mare/tutor del menor firmem les autoritzacions d'absències per a que el menor puga abandonar l'activitat en qualsevol moment, acompanyat d'un major responsable. Baix us adjuntem una autorització per absentar-se de l'activitat. En cas de necessitar més, les podreu trobar al web dels juniors.

L'Eucaristia forma part de l'activitat del Centre, és on reafirmem la nostra identitat com a moviment cristià i ens ajuda a estar en comunió amb Jesús i amb els nostres germans. A les **19:00h.** comencem l'Eucaristia en l'Església de Sant Pere fins aproximadament les **19:45h.** Vos preguem que vosaltres també participeu activament, doncs sou part important del Centre.

RECOLLIDA DELS XIQUETS/ES DESPRÉS DE L'EUCARISTIA

Vos demanem que informem en tot cas , de qui serà la persona o persones encarregades de recollir al menor, o si aquest se'n va sol al finalitzar l'activitat o en el moment d'abandonar-la. Per favor indiqueu el seu nom o parentesc en el requadre següent per a que ho tinguen en compte els seus monitors:

POT ANAR SOL

Nom del xiquet/a: _____

PASSARÀ UN ADULT

Signat, (poseu ací el vostre nom) _____

(Signatura del pare/mare/tutor)

Si no disposeu de firma en format digital, pots acudir al nostre centre per firmar digitalment.

Sempre Units!!!

L'EQUIP D'EDUCADORS

Retallable per entregar el dia de l'activitat a absentar-se

AUTORIZACIÓ DEL TUTOR LEGAL PER ABSENTAR-SE UN MENOR DE L'ACTIVITAT				
SR. / SRA.			AMB DNI	
EN QUALITAT DE	MARE	PARE	TUTOR LEGAL	
AUTORITZE A				
ABSENTAR-SE DE L'ACTIVITAT ORGANITZADA PER ELS JUNIORS MD SANT PERE				Firma del representant legal
EL DIA:				



FITXA D'INSCRIPCIÓ



CENTRE JÚNIOR:	JUNIORS M.D. SANT PERE	NIC:	806D
-----------------------	------------------------	-------------	------

DADES DE L'ASSOCIAT

NOM:				COGNOMS:				
DATA DE NAIXEMENT:	/	/		DNI:			Nº SIP:	
DIRECCIÓ:				NÚM:		PIS:		PORTA:
C.P.:			MUNICIPI:			PROVÍNCIA:		
TELÈFON XIQUET/A:				TELÈFONS CONTACTE:	/			

DADES DELS PARES / MARES / TUTORS

NOM:				COGNOMS:				
DNI:		TELÈFON:		E-MAIL:				
NOM:				COGNOMS:				
DNI:		TELÈFON:		E-MAIL:				

DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ PER AL CENTRE

Jo D. / Sra _____,

Com a mare/pare/tutor de _____

DECLARE:

1r.- Que totes les dades expressades en esta fitxa són correctes.

2n.- Que cedisc al Centre J únior s (pertanyent a J únior s Moviment Diocesà) els drets que tenen sobre la seua imatge quan esta se reproduísca en fotografies i vídeos presos en totes les activitats realitzades a través del Centre J únior s. En conseqüència, autoritze al Centre J únior s a fixar, reproduir, comunicar i a modificar per tot mitjà tècnic les fotografies i vídeos en el marc de la present autorització.

Tant les fotografies com els vídeos podran reproduir-se en tot suport i integrats en qualsevol altre material coneguts o per conèixer.

Les **fotografies** i els vídeos presos podran explorar-se en tot el món i en tots els àmbits, directament pel Centre J únior s o cedides a tercers. Autoritze la utilització de la seua imatge en tots els contextos relatius al Centre J únior s i a la parròquia.

S'entén que el Centre J únior s prohibeix expressament, una explotació de les fotografies susceptibles d'afectar la vida privada, i una difusió en tot suport de caràcter pornogràfic, xenòfob, violent o il·lícit.

El firmant reconeix d'altra banda, no estar vinculat a cap contracte exclusiu sobre la utilització de la seua imatge o el seu nom.

3r.- Conèixer que les meues dades personals seran incorporades a un cens, propietat de **J únior s Moviment Diocesà**, i a una base de dades propia dels **J únior s Sant Pere MD**, creades per a la finalitat de gestionar les activitats i servicis oferits. Les dades romandran arxivades per a rebre comunicacions sobre activitats, servicis o informació del Centre J únior s, per qualsevol mitjà, per al que **consent expressament**. Que, en qualsevol moment, podré exercitar els Drets d'Accés, Cancel·lació, Oposició i Rectificació, amés de drets de transparència de informació, supresió, llimitació i portabilitat per mitjà d'un **escrit** i acreditant la meua personalitat, dirigit al delegat de protecció de dades, és a dir, al Centre J únior s Sant Pere MD. (Dir. Plaça Sant Pere nº6, o al mail, juniorssantpere@gmail.com)

Vosté consent expressament conforme al RGD (UE) 2016/679, de 27 d'abril, en la cessió de les seues dades personals i els del seu representat legalment, a tercers amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat.

4t.- Autoritze en cas d'urgència, amb coneixement i prescripció mèdica, a prendre les decisions oportunes per part dels educadors de Juniors MD Sant Pere si ha segut impossible la meua localització en els telèfons d'emergència abans indicats. Autoritze també als monitors a administrar medicaments que no precisen de recepta mèdica (com paracetamol o ibuprofeno) al meu fill/a/tutorand per a posar remei a situacions puntuals de febre o dolor, sempre i quan no pose el contrari en aquesta fitxa mèdica o bé siga prescrit el contrari per part d'algun facultatiu.

AUTORITZE AL CENTRE JUNIORS MD SANT PERE de **SUECA**, pertanyent a J únior s Moviment Diocesà, amb CIF R-4600441-B, associació inscrita en el registre de entitats religioses del Ministeri de Justícia, amb el número 1976 de la secció especial grup C (1976-SE/C) i en el cens d'associacions juvenils prestadors de servicis a la Joventut de la Comunitat Valenciana, en la secció primera apartat AJ amb el número 3.

Sueca, a ___ d'/de _____ del _____

Firma:

DNI:

Recorda enviar-nos la fotocòpia de la targeta SIP (o segur equivalent) al nostre correu:

Recuerda enviarnos la fotocopia de la tarjeta SIP (o seguro equivalente) a nuestro correo:

juniorssantpere@gmail.com

NOM <i>Nombre</i>		FOTO
COGNOMS <i>Apellidos</i>		
PES <i>Peso</i>		
Alçada <i>Altura</i>		
GRUP SANGUINI <i>Grupo sanguíneo</i>		
TELÈFONS CONTACTE <i>Teléfonos de contacto</i>		

HISTORIAL MÈDIC / Historial mèdic

MALALTIES (GENERAL) <i>Enfermedades (general)</i>	QUINES? <i>¿Cuáles?</i>	MEDICACIÓ O TRACTAMENT <i>Medicación o tratamiento</i>
Malalties patides actualment (ossos, cor...) <i>Enfermedades padecidas actualmente (huesos, corazón, asma...)</i>		
Malalties cròniques (diabetis, hemofilia...) <i>Enfermedades crónicas (diabetes, hemofilia...)</i>		
Propensió a certs trastorns (conjuntivitis, otitis, estrenyiment...) <i>Propensión a ciertos trastornos (conjuntivitis, otitis, estreñimiento...)</i>		

AL·LÈRGIES <i>Alergias</i>	QUINES? <i>¿Cuáles?</i>	MEDICACIÓ O TRACTAMENT <i>Medicación o tratamiento</i>
Al·lèrgies en general (pols, pol·len, animals...) <i>Alergias en general (polvo, polen, animales...)</i>		
Al·lèrgies o incompatibilitats amb aliments <i>Alergias o incompatibilidades con alimentos</i>		
Al·lèrgies o incompatibilitats amb medicaments <i>Alergias o incompatibilidades con medicamentos</i>		

DIETA O RÈGIM <i>Dieta o régimen</i>

VACUNES MÉS RECENTS <i>Vacunas más recientes</i>	TETANUS / <i>Tétanos</i>	HEPATITIS / <i>Hepatitis</i>	XARAMPIÓ / <i>Sarampión</i>
	VACUNES AL DIA / <i>Vacunas al día</i>		
	ALTRES / <i>Otras</i>		

ALTRES OBSERVACIONS D'INTERÈS / Otras observaciones de interés

Sap nedar? <i>¿Sabe nadar?</i>	SI	NO	Eneuresi nocturna (orinar-se per la nit) <i>Eneuresis nocturna (orinarse mientras duerne)</i>	SI	NO
Insomni <i>Insomnio</i>	SI	NO	Malsons <i>Pesadillas</i>	SI	NO
Crisis nervioses o d'ansietat <i>Crisis nerviosas o de ansiedad</i>	SI	NO	Vertigen <i>Vértigo</i>	SI	NO
Dolors de cap habituals <i>Dolores de cabeza habituales</i>	SI	NO	Propensió a marejar-se en l'autobús <i>Propensión a marearse en el autobús</i>	SI	NO

Indicar ací tot el que déu saber l'equip de monitors sobre la salut del vostre fill/a i que no s'haga dit abans*Indicar aquí todo lo que debe saber el equipo de monitores sobre la salud de su hijo-a y que no se haya dicho antes.***DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / Declaración y autorización**

JO _____, en qualitat de (pare, mare o tutor)
 Yo _____, en calidad de (padre, madre o tutor)

DECLARE:

1. Que les dades consignades en aquest full són certes.
2. Que l'equip de monitors coneix la situació mèdica del meu fill-a.
3. Que he facilitat per escrit i de forma detallada a l'equip de monitors la medicació que s'està prenent el meu fill-a, així com la seua dosificació.
4. Que les medicines dels tractaments del meu fill-a les donaré a l'equip de monitors abans del campament, i entenc que, baix cap circumstància, el meu fill-a déu automedicar-se.
5. Vosté consent expressament conforme al RGPD (UE) 2016/679, de 27 d'abril, en la cessió de les seues dades personals i els del seu representat legalment, a tercers amb finalitats directament relacionades amb la nostra activitat.

AUTORITZE

1. En cas d'urgència, amb coneixement i prescripció mèdiques, a que l'equip de monitors prenga les decisions oportunes en matèria de salut en el cas de que siga impossible la meua localització.
2. A que l'equip de monitors administre al meu fill-a fàrmacs que no precisen de recepta mèdica (com paracetamol, ibuprofeno...) per a posar remei a situacions puntuals de febre o dolor, sempre i quan no s'especifique el contrari en aquesta fitxa mèdica o bé s'haja prescrit el contrari per part d'algun facultatiu.

DECLARO:

1. Que los datos consignados en esta hoja son ciertos.
2. Que el equipo de monitores conoce la situación médica de mi hijo-a.
3. Que he facilitado por escrito y de forma detallada al equipo de monitores la medicación que está tomando mi hijo-a, así como su dosificación.
4. Que las medicinas de los tratamientos de mi hijo-a las entregaré al equipo de monitores antes del campamento, y entiendo que, bajo ninguna circunstancia, mi hijo-a debe automedicarse.
5. Usted consiente expresamente conforme al RGPD (UE) 2016/679, de 27 de abril, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente, a terceros con fines directamente relacionados con nuestra actividad.

AUTORIZO

1. En caso de urgencia, y con conocimiento y prescripción médicas, a que el equipo de monitores tome las decisiones oportunas en materia de salud en el caso de que sea imposible mi localización.
2. A que el equipo de monitores administre a mi hijo-a fármacos que no precisen de receta médica (paracetamol, ibuprofeno...) para poner remedio a situaciones puntuales de fiebre o dolor, siempre y cuando no se especifique lo contrario en esta ficha médica o bien se haya prescrito lo contrario por parte de algún facultativo.

Signatura / Firma,

El Centre J únior s Sant Pere de Sueca pertany a Juniors Moviment Diocesà (CIF R-4600441-B), una associació inscrita en el registre d'entitats religioses del Ministeri de Justícia amb el número 1976 de la secció especial grup C (1976-SE-C) i en el cens de la Comunitat Valenciana d'associacions prestadores de serveis a la Joventut (secció primera, apartat AJ, número 3).

El Centro Juniors Sant Pere de Sueca pertenece a Juniors Movimiento Diocesano (CIF R.4600441-B), una asociación inscrita en el registro de entidades religiosas del Ministerio de Justicia con el número 1976 de la sección especial grupo C (1976-SE-C) y en el censo de la Comunidad Valenciana de asociaciones prestadoras de servicios a la Juventud (sección primera, apartado AJ, número 3).