



## SERVEI D'ACOLLIDA CURS 2017-2018

del 12 de setembre de 2017 al 22 de juny de 2018

### DADES PERSONALS

Nom i Cognoms: .....

Data Naixement: ..... NIF: ..... Telèfons: .....

Adreça: ..... Núm. CATSALUT: .....

Població: ..... CP: .....

Empadronat: Sí  NO

Correu electrònic: .....

### TARIFES

- 1 MES: 22,00€  - \* ABONAMENT 5 DIES: 17,00€  - DIA ESPORÀDIC: 5€

ESPECIFICACIÓ DELS MESOS:

Setembre  Octubre  Novembre  Desembre  Gener  Febrer  Març  Abril  Maig  Juny

L'import del mes de setembre i juny és de 17,00€

IMPORT TOTAL A PAGAR: .....

\*(La validesa de l'abonament de 5 dies és fins a la finalització del curs escolar 2017/2018)

L'horari serà de 8.00 a 9.00h i el pagament es formalitzarà per avançat per transferència bancària o ingrés al número de compte de BBVA ES09 0182 5634 11 0201809910, fent constar el nom de l'alumne.

### DADES D'INTERÈS

Pateix alguna malaltia, al·lèrgia...? .....

Durant l'activitat a la qual s'inscriu pren alguna medicació? Sí  NO

\*(En cas afirmatiu s'haurà d'emplenar l'autorització per a l'administració de fàrmacs)

Contacte d'urgència

Nom i cognoms de la persona: .....

Parentiu: ..... Telèfon de contacte:.....

Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant, ..... d ..... de 20 .....

(signatura del pare/mare/tutor/a)

## NORMATIVA

- Un cop fet el pagament només es retornaran els diners en cas d'anul·lació del servei.
- El servei d'acollida serà realitzat per personal municipal.
- Les famílies tenen l'obligació de comunicar als responsables si el seu nen/a necessita alguna atenció especial o específica.
- En cas que un nen/a de forma voluntària trenqui algun objecte o material, queda a càrrec dels pares la despesa econòmica que aquesta origini.

## AUTORITZACIÓ SERVEI D'ACOLLIDA

En/Na ....., amb DNI/NIE ..... **autoritzo** com a pare/mare/tutor al meu fill/a ..... a assistir al servei d'acollida, activitat programada i organitzada per l'Ajuntament de Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant. Manifesto la meva plena confiança en l'equip responsable del servei i **faig extensiva aquesta autorització** a totes aquelles decisions medicocquirúrgiques que fos necessari adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa pertinent.

(signatura del pare/mare/tutor/a)

## AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE FÀRMACS

En/Na ....., amb DNI/NIE ..... com a pare/mare/tutor del nen/a ....., usuari del servei d'acollida, autoritzo al responsable del servei a administrar els fàrmacs que es detallen a continuació seguint les pautes que s'indiquen i sota la meva responsabilitat:

Nom del fàrmac: .....

Dosi a administrar: .....

Via d'administració: .....

Horari: ..... Durada (en dies): .....

Conservació del medicament: Refrigeració Sí  No

### Cal adjuntar la recepta mèdica

Mètode d'administració i observacions

(signatura pare/mare/tutor/a)

---

### Cal adjuntar la següent documentació:

Fotocòpia DNI o llibre de família, fotocòpia de la targeta CATSALUT i fotocòpia del DNI/NIE del pare/mare/tutor/a

---

**PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL** -. Li comuniquem que les dades facilitades per vostè seran incorporades en un fitxer i tractades a fi de gestionar de forma adient la seva sol·licitud d'inscripció a les activitats organitzades per la nostra Entitat, així com per a l'enviament, per qualsevol mitjà, d'informació sobre notícies, serveis i/o activitats futures que puguin ser del seu interès. Les dades són confidencials i d'ús exclusiu del Responsable del Fitxer, Ajuntament de Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant P4316400C, amb domicili a 43891 Vandellòs (Tarragona), plaça de l'Ajuntament, 6. Posem al seu coneixement el dret que l'assisteix d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició pel que fa a les dades que consten en el esmentat fitxer, de forma escrita al domicili social anteriorment esmentat (a l'atenció del Responsable de Seguretat) i/o via mail a [ensenyament@vandellos-hospitalet.cat](mailto:ensenyament@vandellos-hospitalet.cat), adjuntant en ambdós casos fotocòpia del seu DNI.

Igualment, en atenció al que preveu el dret a la pròpia imatge, reconegut a l'article 18.1 de la Constitució Espanyola i regulat per la Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig, Vostè autoritza a Ajuntament de Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant a que pugui donar tractament al ús de la imatge del seu fill/a o tutoritzat en relació a les activitats realitzades al interior de la nostra entitat, per la seva inclusió al Web [www.vandellos-hospitalet.org](http://www.vandellos-hospitalet.org), en fulletons informatius i a les xarxes socials o als mitjans de comunicació (TVV, revista,...) gestionats per l'Ajuntament de Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant.

### Llegit i conforme:

#### AJUNTAMENT

Pl. Ajuntament 6 · 43891 Vandellòs  
T 977 824 037 · M 662 991 747 · F 977 823 900  
CIF P4316400C

#### CASA DE LA VILA

Alamanda 4  
43890 L'Hospitalet de l'Infant  
977 823 313

info@vandellos-hospitalet.cat  
www.vandellos-hospitalet.cat

