

Nom i Cognoms de l'alumne:			
DNI/NIE/PASSAPORT NÚM:			
Adreça:			
AUTORITZO:			
Ús d'imatge:	SI	NO (MARCAR UN DELS DOS)	
Autorització sortides d'un dia:	SI	NO (MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
Carta de compromís	SI	NO (MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
Ús recursos digitals a Internet (menors de 14 anys)	SI	NO (MARCAR UN DELS DOS)	LLEGIR EL DOSSIER INFROMATIU ABANS D'AUTORITZAR
IMPORTANT: L'alumne/a té alguna malaltia o afectació per realitzar l'assignatura de Educació Física? SI NO (MARCAR UN DELS DOS)			
TÉ CONNEXIÓ A INTERNET?	SI	NO	DE QUANTS DISPOSITIUS DISPOSEU A CASA (ORDINADORS, TAULETES):
NOM I COGNOSMS PARE/TUTOR			
TELÈFON PARE /TUTOR:			DNI/NIE o PASSAPORT núm:
CORREU ELECTRÒNIC PARE /TUTOR :			
NOM I COGNOMS MARE/TUTORA			
TELÈFON MARE /TUTORA:			DNI/NIE o PASSAPORT núm:
CORREU ELECTRÒNIC MARE/TUTORA:			
PAGAMENTS REBUTS:			
QUOTA SORTIDES D' UN DIA	50€ - 70 € (APROX)	El càrrec es farà al més de setembre	
QUOTA CURS	56 €	El càrrec es farà al més de juny	
AMPA CURS	10 €	El càrrec es passarà al mes de novembre. Es paga per família no per alumne	
MATERIALS ESO	Quantitat orientativa entre 38€ i 120€. A 4T d'ESO la quantitat dependrà de les optatives		El càrrec es passarà al més de juliol
PARE/MARE/TUTOR O TUTORA		Nom i Cognoms:	
DATA:			
SIGNAT:			



Notificació d'ús d'imatges d'alumnes (Curs 2026-2027)

L'institut Rafael Casanova disposa d'internet, d'un espai web (adreça o adreces web) on informa de les seves activitats escolars lectives, complementàries i extraescolars i en fa difusió.

En aquesta pàgina (o pàgines) web es poden publicar imatges en les quals apareguin, individualment o en grup, alumnes realitzant les esmentades activitats.

Atès que el dret a la pròpia imatge és reconegut dins l'article 18.1 de la Constitució regulat per la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la direcció d'aquest centre demana el consentiment als pares, mares o tutors legals per poder publicar fotografies on hi hagi els seus fills i filles i on sigui clarament identificables.

(Nom i cognoms) _____

amb DNI/NIE/Passaport _____

- ☐ **Autoritzo**
- ☐ **No autoritzo**

que la imatge del meu fill/ de la meva filla

pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats escolars lectives, complementàries i extraescolars organitzades pel centre i publicades en:

- pàgines web del centre,
- filmacions destinades a difusió pública no comercial,
- fotografies per a revistes o publicacions d'àmbit educatiu.

Signatura,

Sant Boi de Llobregat, _ de febrer de 2026

INSTITUT RAFAEL CASANOVA.
AUTORITZACIÓ PER SORTIDES I ACTIVITATS D'UN DIA

CURS 2026-2027

Jo amb DNI.....com a
pare/ mare/tutor de l' alumnedel grup
....., procedeixo expressament a :

1. Autoritzar la participació del meu /meva fill/a a anar a totes les sortides i/o activitats programades en la Programació General Anual i aprovades pel Consell Escolar del Centre.

2. Eximir de tota responsabilitat els professors acompanyants pels fets i actuacions que pogués realitzar el meu fill/a fora del programa oficial de les activitats.

Per aquestes efectes em responsabilitzo personalment de tots aquells danys a les persones o coses que pugui causar el meu fill/a com a conseqüència de la seva actuació negligent o imprudent, renunciant expressament a l' exercici de qualsevol acció que em pogués correspondre.

3. Facultar a tots i cadascun des professors acompanyants perquè en qualsevol moment procedeixen, en cas d' incompliment o desobediència de les instruccions o ordres de caràcter general o particular que puguin impartir- se durant les sortides i/o activitats, a prendre les mesures que considerin oportunes.

4. Autoritzo també els professors acompanyants a prendre les decisions oportunes a nivell mèdic i sanitari segons les instruccions dels facultatius dels centres mèdics.

Sant Boi de Llobregat, febrer de 2026

(signat pare, mare o tutor)



Autorització relativa als alumnes de menys de 14 anys: ús de serveis i recursos digitals a Internet per treballar a l'aula. Curs 20__-20__

Dades del centre

Nom del centre Codi del centre

Adreça

Municipi Codi postal

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms

Data de naixement Curs

Dades del pare, mare o representant legal

Nom i cognoms DNI/NIE/Passaport

Autoritzo

☐ Sí ☐ No

Que que el meu fill/a utilitzi, per al treball acadèmic, els serveis telemàtics i/o aplicacions de dispositius mòbils que requereixen usuari i contrasenya, els quals s'especifiquen a continuació:

La responsabilitat de l'ús que se'n faci en l'àmbit escolar correspon al centre educatiu. El centre no es fa responsable, però, de l'ús indegut del recurs i dels continguts per part dels usuaris: l'usuari serà l'únic responsable de les infraccions en què pugui incórrer o dels perjudicis que pugui causar per un ús inadequat dels serveis o dels continguts.

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Direcció del centre educatiu.

Finalitat: Gestió de les credencials i els accessos als serveis i recursos digitals a Internet per treballar a l'aula.

Legitimació: Consentiment de l'interessat o de la persona que ostenta la tutoria legal en cas de menors d'edat.

Destinatari: Les dades no es comunicaran a tercers, excepte en els casos previstos per llei, o si ho heu consentit prèviament.

Drets: Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, oposar-se al tractament i sol·licitar-ne la limitació.

Informació addicional: Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la pàgina <http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/proteccio-dades/informacio-addicional-tractaments/alumnes-centres-departament.html>

☐ He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades i autoritzo el tractament de les meves dades personals.

Lloc i data

Signatura del pare, mare o representant legal de l'alumne/a

Direcció del centre educatiu



FITXA MÈDICA CURS 2026 - 2027

NOM I
COGNOMS: _____ GRUP: _____

DATA NAIXEMENT: _____ EDAT: _____ SEXE: H/D PES: _____
ALÇADA: _____

TELÈFON CASA: _____
MÒBIL PARE: _____ MÒBIL MARE: _____

Mitjançant aquest full pretenem tenir un millor coneixement de l'estat de salut del seu fill /a . Assenyalar

SI / NO i data i quantitat si procedeix, així com quines malalties i/o lesions es tenen o s'han tingut.

1.- Alguna vegada el metge els ha dit que el seu fill/ a no ha de fer esforços o que ha de limitar la seva activitat

esportiva. SI NO

Per què?.....

2.- Alguna vegada el seu fill/a ha estat ingressat a l'hospital ? SI NO

Per què?.....

3.- El seu fill/a pren algun medicament, encara que sigui aspirina...? SI NO

Quins, per què?.....

Cada quan?.....

4.- Pateix alguna malaltia crònica? SI NO Quina?

Pren medicació per aquesta malaltia? SI NO Quina?

5.- Pateix asma o algun tipus d'al·lèrgia ? SI NO

Quin tipus d' al·lèrgia.....

Pren medicació per l' al·lèrgia? SI NO Quin?.....

6.- Pateix alguna altre alteració respiratòria? SI NO

Quina?

7.- Algun membre de la família ha patit " atacs de cor", alguna altra malaltia cardíaca o mort súbita? SI NO

Quina?..... i quin parentesc té?.....

8.- Li ha notat o li han dit que el seu fill/a té:

Hipertensió arterial SI NO Palpitacions SI NO Buf cardíac SI NO

Malalties del cor SI NO Diabetis SI NO Tuberculosi SI NO

9.- El seu fill/a ha tingut dolor toràctic, mareig o pèrdua de coneixement durant l'exercici físic?
? SI NO

Quin?..... i quan?.....

10.- En algun anàlisi li han trobat alguna alteració? SI NO

Quina?.....

11.- Pateix o ha patit algun tipus de lesió muscular, articular, òssia o tendinosa que hagi necessitat tractament mèdic (esquinces, fractures, luxacions, esquena desviada,...) SI NO

Quines? i quan?.....

12.- El seu fill/filla necessita portar plantilles, faixes correctores o fer algun tipus de rehabilitació? SI NO

Què?

13.- Pateix o ha patit alguna malaltia neurològica? (epilèpsia, vertigen,...) SI NO

Quina?.....i quan?.....

14.- Pateix o ha patit algun trastorn psicològic (de comportament, alimentari, insomni, depressió...) SI NO

Quin?i quan?.....

15.- Practica activitat física habitualment? SI NO Quina?.....

Quantes hores setmanals?

(Si en qualsevol moment de la seva permanència al Centre l'alumne presenta alguna malaltia important s'ha de comunicar al tutor/a de l'alumne)

DATA:

SIGNATURA PARE i/o MARE i/o TUTOR