

DADES PERSONALS CENTRE JUVENIL

NOM I COGNOMS.....

DATA NAIXEMENT.....

Estudis que cursa: Centre educatiu:

Nom del pare: Nom de la mare:



foto

DIRECCIÓ.....

E-MAIL.....

En referència al/la xiquets/es amb DNI

Jo, (mare) amb DNI

Jo, (pare) amb DNI

Jo, (tutor legal) amb DNI

Jo, (.....) amb

DNI

(En cas de pares separats/divorciats és necessari que signen els dos)

1. Acompanye **document legal** que acredita la meua identitat com a pare/mare/tutor legal.
2. **Accepte** la incorporació d'aquestes dades personals a un fitxer automatitzat que és titularitat de la Federació de Cases de Joventut de la Comunitat Valenciana, i l'ús d'aquestes per a registre de membres de la federació. **Autoritze** l'enviament d'informació. En cap cas autoritze la cessió d'aquestes.
3. **Autoritze al meu fill/a** a participar en les activitats realitzades per la Federació. Amb les condicions establertes, faig extensiva aquesta autorització en les decisions mèdico-quirúrgiques que calga adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa pertinent.
4. **Autoritze** l'ús de vídeos i fotografies preses a les activitats en que el meu fill o filla aparega, en els següents mitjans públics: facebook®, tuenti®, youtube®, pàgina web del Centre Juvenil, pàgina web de la Federació, Tauló del centre, sempre i quan es respecte el que diu la Llei de Protecció Jurídica del Menor vigent, i la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal 15/1999.

En cap cas s'usaran les imatges dels menors per a coses diferents a les descrites.

Pots exercir en qualsevol moment el teu dret d'accés, rectificació i cancel·lació enviant una sol·licitud per escrit acompanyada d'una fotocòpia del teu D.N.I. dirigida Federació de Cases de Joventut de la Comunitat Valenciana, Camí les Simetes 14, 46940 Manises (València)

Curs i data

Signatura del menor

Signatura mare/pare/tutor

FITXA MÈDICA

Nom: Data naixement:

Telèfon: Domicili:

Estudis que cursa: Centre educatiu:

Nom del pare: Nom de la mare:

Altres noms i telèfons de contacte en cas d'urgències:

Grup sanguini i factor RH: Sap nadar?

Al·lèrgies (antibiòtics, medicaments, u altres tipus). Especificar.....

Segueix algun tipus de medicació o de tractament mèdic especial?. Especificar tipus i freqüència.....

Segueix algun règim de menjars?. Especificar

Existeix cap aliment que no puga prendre?. Especificar quin

Vacunacions. Indicar data aproximada:

Vacunes	Data
Tètanus
Tos ferina.....
Rubeola.....
Polio
Tifoidea.....
Altres (indicar).....

Pateix alguna afecció freqüent?. Especificar:.....

Malalties que ha patit o pateix amb freqüència:

Refredats	.... Sinusitis	.... Poliometilitis
.... Malalties de gola	Oïds	....Epi·lèpsia
.... Asma	.... Bronquitis	.... Rubeola
.... Malalties estòmac	Malalties hepàtiques	.... Xarampió
.... Malalties renals	Trastorns cardíacs	.... Febra reumàtica
.... Diabetes	.... Hepatitis	... Altres. Especificar
.... Tosferina	.... Varicel·la	

Pateix cap tipus de minusvalidesa física, psíquica o sensorial?. Especificar quina i les característiques, necessitats, problemes, u altres coses a tindre en compte:

Requereix cap tipus de medicació?

Alguna altra observació?.....

En, a de de

Signatura:

Nom:

ADJUNTA FOTOCÒPIA DEL SIP SI EL TENS