

# INSCRIPCIÓ SERVEIS SOCIEDUCATIUS

VACARISSES – CURS 2024/2025

Seleccioni el servei on vol inscriure l'infant o l'adolescent:

Espai infants (P4-P5)  Espai infants (1-6 primària)  Reforç escolar (1-4 ESO)

DADES DE L'INFANT O L'ADOLESCENT	
Nom i cognoms	
Data de naixement	Edat
Escola	Curs
DADES DE LA MARE, PARE O TUTOR/A	
Nom i cognoms	DNI
Adreça	
Codi Postal	Població
Mòbil	Correu electrònic
En cas de ser família nombrosa o monoparental, marqui la casella corresponent*:	
<input type="checkbox"/> Família nombrosa	<input type="checkbox"/> Família monoparental
* Cal adjuntar el carnet de família monoparental o nombrosa. S'obté un 5% de reducció en la quota.	
DADES BANCÀRIES	
Autoritzo el cobrament trimestral al següent número de compte corrent	
País	IBAN
Sucursal	Oficina
DC	Número compte
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Titular del compte	DNI del titular
Data i signatura del titular	
AUTORITZACIÓ	
Jo _____ amb DNI _____ com a	
mare/pare/tutor/a de l'infant/adolescent __ autoritzo a aquest a participar al servei socioeducatiu esmentat a l'inici del document.	
Vacarisses, ___ de _____ de 20__	Signatura mare, pare, tutor/a
* En el cas que l'alumne es vulgui donar de baixa del servei ho ha de comunicar 15 dies abans d'acabar el trimestre en curs via instància a l'Ajuntament de forma presencial o telemàtica. Les dades consignades en aquest document són necessàries per a la resolució i notificació de la seva sol·licitud, i resten incorporades a un fitxer automatitzat de l'Ajuntament. Les dades de caràcter personal no poden ser cedides ni comunicades a tercers, llevat dels supòsits legalment previstos. La persona interessada pot exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació de les dades dirigint-se a l'OAC per presentar l'escrit corresponent. Estan protegides d'acord amb el que preveu la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de setembre, de Protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.	

# DECLARACIÓ RESPONSABLE PER A LES FAMÍLIES DELS INFANTS I ADOLESCENTS INSCRITS

## Dades personals

Nom i cognoms de la mare, pare o tutor/a	DNI/NIE/Passaport
Nom de l'infant o adolescent	Servei socioeducatiu

Declaro, responsablement:

1. (Seleccioneu una de les dues opcions)

Que el meu fill/a no pateix cap de les malalties següents:

- **Malalties respiratòries** greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
- **Malalties cardíques** greus.
- **Malalties** que afecten al sistema **immunitari** (per exemple, aquells infants que necessiten tractaments immunosupressors).
- **Diabetis** mal controlada.
- **Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades** o greus.

Que el meu fill/a pateix alguna de les malalties següents i que he valorat amb el seu metge/metgessa o pediatre/a la idoneïtat de reprendre l'activitat:

- **Malalties respiratòries** greus que necessiten medicació o dispositius de suport ventilatori.
- **Malalties cardíques** greus.
- **Malalties** que afecten el sistema **immunitari** (per exemple, aquells infants que necessiten tractaments immunosupressors).
- **Diabetis** mal controlada.
- **Malalties neuromusculars o encefalopaties moderades** o greus.

2. Que conec l'obligació d'informar al servei socioeducatiu de l'aparició de qualsevol cas de covid- 19 en el nostre entorn familiar.

**I, perquè així consti, als efectes de la incorporació de l'infant/adolescent**

\_\_\_\_\_, al servei socioeducatiu \_\_\_\_\_, signo la present declaració de responsabilitat i consento explícitament el tractament de les dades que hi ha en aquesta declaració.

Vacarisses, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Signatura