



# COMPLEX ESPORTIU MUNICIPAL L'HOSPITALET NORD

## CASAL ESPORTIU

FULL D'INSCRIPCIÓ CASAL ESPORTIU 2020 (enviar a: [recepcioimplhn@l-h.cat](mailto:recepcioimplhn@l-h.cat))

### 1. DADES PERSONALS

Nom de l'infant:  Cognoms:

Adreça:  Codi postal:

Població  Província:

Data de naixement:  Nom del pare/mare o tutor:

Tlf. contacte del pare:  E-mail de contacte:

Tlf. contacte de la mare:  E-mail de contacte:

Data d'inscripció:

És abonat/abonada o usuari/usuària habitual de la instal·lació durant la resta de l'any? SI  NO  (marqueu X)

### 2 ASPECTES ORGANITZATIUS

|                                  | 1r Torn                  | 2n Torn                  | 3r Torn                  | 4t Torn                  |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Torns de Casal<br>(marqueu X)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Torns de menjador<br>(marqueu X) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Servei d'acollida                | 1r Torn                  | 2n Torn                  | 3r Torn                  | 4t Torn                  |
|                                  |                          |                          |                          |                          |
| De 17 a 18h                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*\*Preu Casal

\*\*Preu Menjador

\*\*Preu Serv. Acollida

*\*\* (a omplir per el centre)*

Grups i edats  1. Grup 2016-2015  3. Grup 2012-2011  5. Grup 2008-2007  
(marqueu X)  2. Grup 2014-2013  4. Grup 2010-2009  6. Grup 2006-2004

\*\*Preu total del casal

Vist-i-plau (\*) Pare/mare/tutor/a

(\*) Important. Consulteu els drets i obligacions dels infants inscrits al Casal Esportiu que inclou les condicions d'inscripció que la persona interessada accepta en pagar aquesta quota d'activitat.

Qui signa autoritza l'infant inscrit a participar en totes les sortides i desplaçaments fora de la instal·lació previstos en les activitats d'aquests casal. \_\_\_\_\_

El document es signarà en el moment de fer el pagament presencialment

### Qüestionari mèdic

Tè el carnet de vacunacions al dia? SI  NO

Pateix alguna malaltia crònica? SI  NO  Quina? \_\_\_\_\_

Té algun tipus de discapacitat? SI  NO  Quina? \_\_\_\_\_

Segueix algun tractament específic? SI  NO  Quina? \_\_\_\_\_

Té alguna al·lèrgia? SI  NO  A què? (Especificar) \_\_\_\_\_

Practica algun esport regularment? SI  NO  Quin? \_\_\_\_\_ Hores/setmana? \_\_\_\_\_

D'altres observacions d'interès \_\_\_\_\_

Seguretat Social  Assegurança mèdica  Mutualitat esportiva  Altres  Cap

Número de la Targeta Sanitària de l'infant \_\_\_\_\_

En cas d'urgència, cal avisar a \_\_\_\_\_ Telèfon \_\_\_\_\_

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES. RESPONSABLE DEL TRACTAMENT: Ajuntament de l'Hospitalet. Adreça postal: carrer Josep Prats, 2, 08901, l'Hospitalet. BASE JURÍDICA DEL TRACTAMENT: De conformitat amb l'article 6.1e del Reglament (UE) del Parlament Europeu i del Consell, de Protecció de Dades de caràcter personal 2016/679, el tractament és necessari pel compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable del tractament. FINALITAT DEL TRACTAMENT: Gestionar les activitats esportives i centres esportius municipals. CONSERVACIÓ DE DADES: Les seves dades personals seran conservades el temps necessari per acomplir les finalitats legalment establertes. EXERCICI DE DRET: En qualsevol moment, vostè pot exercir els seus drets d'accés, rectificació supressió, limitació i oposició al tractament de la informació sobre les seves dades personals, davant l'Oficina d'Atenció Ciutadana, carrer Girona, 10, planta baixa. Telèfons gratuïts 010 i 900 100 277 (fora de L'Hospitalet i mòbils).

