



**MOVIMENTS JUVENILS MARISTES**

**PROVINCIA DE L'HERMITAGE**



**PRODAT**  
protección de datos

## AUTORITZACIÓ PER A LA RECOLLIDA DE DADES PERSONALS

El Reglament General de Protecció de Dades (RGPD) és la nova normativa europea en matèria de protecció de dades de caràcter personal. Mitjançant aquest document, MARISTES dona compliment a tots els requisits d'informació i consentiment exigits per aquesta nova normativa.

**Qui recull les dades?  
(responsable del  
tractament)**

CMS Centre Marista d'Escoltes

**Agrupament Escolta Champagnat**

Podeu contactar amb el **delegat de protecció de dades** de la Fundació Champagnat a [dpd@maristes.cat](mailto:dpd@maristes.cat) o al carrer Evarist Arnús 44, 08014 Barcelona.

Us informem que, tant les vostres dades personals com les relatives al vostre fill/tutelat, que ens proporcioneu voluntàriament, s'incorporaran als fitxers titularitat de CMS (Centre Marista d'Escoltes) amb la finalitat de gestionar la inscripció i participació del menor d'edat a les activitats de l'entitat. Així mateix, us informem que a causa de les subvencions que rep l'entitat per dur a terme les seves activitats, és necessari que comuniquem als organismes interessats vinculats al centre les dades relatives als usuaris assistents al centre.

Mitjançant la signatura d'aquesta autorització, doneu el vostre **consentiment exprés** per al tractament i incorporació de les dades relatives a la salut del menor d'edat o d'altres dades especialment protegides que ens pugueu facilitar directament o bé recollim al llarg de les reunions de coordinació amb l'escola a la que està vinculada directament l'entitat o altres recursos als quals pugui estar vinculat el menor d'edat amb la finalitat de poder parlar una atenció correcta al menor d'edat i realitzar un seguiment dels objectius plantejats. Aquestes dades podran ser comunicades a diferents organismes com departaments de Joventut i Justícia de la Generalitat de Catalunya, la companyia asseguradora contractada per l'entitat i altres que puguin ser necessàries per la protecció i inscripció del menor d'edat a diferents activitats.

AUTORITZO  NO AUTORITZO

Per a l'exercici dels drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició podeu enviar un escrit adjuntant-hi una còpia del DNI a la secretaria de l'entitat local a la que pertany el menor d'edat

*\*Signant aquest document es fa palesa la veracitat i correcció de les dades que hi consten.*

*\*\* En cas que el document no estigui signat pels dos pares/mares/ tutors, el pare/mare/tutor signant declara que actua amb el consentiment de l'altre i exonera l'entitat de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.*

*\*\*\* En cas que no estiguen d'acord amb aquesta comunicació, el menor d'edat no podrà ser inscrit a les activitats de l'entitat.*

**Nom i cognoms del menor d'edat:** \_\_\_\_\_

**Pare/mare/tutor**

**Pare/mare/tutor**

Nom:

Nom:

DNI:

DNI:

Signatura:

Signatura:

**INFORMACIÓ PERSONAL DEL MEMBRE DE L'ENTITAT**
**ENTITAT: CMS / FAJMACOR**
**ENTITAT LOCAL: \_\_\_\_\_**
**BRANCA: \_\_\_\_\_**

<b>DADES PERSONALS DEL MEMBRE DE L'ENTITAT<sup>i</sup></b>			
Nom		Cognoms	
DNI <sup>ii</sup>		Data de Naix.	
Adreça			
Codi Postal		Població	
Província			
Telf fixe		Mòbil	
@			

<b>DADES DELS TUTORS LEGALS DEL MEMBRE L'ENTITAT</b>			
<b>DADES PERSONALS DE LA MARE/TUTOR 1</b>			
Nom		Cognoms	
DNI		Mòbil	
@			
Si l'adreça és la mateixa que la del membre marcar una creu; pel contrari, emplenar a continuació			
Adreça			
Codi Postal		Població	
Província		Tel. fixe	
<b>DADES PERSONALS DEL PARE /TUTOR 2</b>			
Nom		Cognoms	
DNI		Mòbil	
@			
Si l'adreça és la mateixa que la del membre marcar una creu; pel contrari, emplenar a continuació			
Adreça			
Codi Postal		Població	
Província		Tel. fixe	
<b>DADES D'ALTRES CONTACTES</b>			
Nom		Cognoms	
Parentiu		Mòbil	

\*Signant aquest document es fa palesa la veracitat i correcció de les dades que hi consten.

\*\* En cas que el document no estigui signat pels dos pares/mares/ tutors, el pare/mare/tutor signant declara que actua amb el consentiment de l'altre i exonera l'entitat de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

\*\*\* En cas que alguna de les dades i/o una de les signatures no estigui plena per negació a entregar la informació, el menor d'edat no podrà ser inscrit a les activitats de l'entitat.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Signatura pare/mare/tutor**
**Signatura pare/mare/tutor.**

<sup>i</sup> Adjuntar fotografia amb el nom i cognoms escrits al dors.

<sup>ii</sup> Adjuntar fotocòpia del DNI o Llibre de Família.

**INFORMACIÓ SANITÀRIA DEL MEMBRE DE L'ENTITAT**

ENTITAT: CMS / FAJMACOR

ENTITAT LOCAL: \_\_\_\_\_

**DADES IDENTIFICATIVES DEL MEMBRE DE L'ENTITAT**

Nom		Cognoms	
DNI		Data de Naix.	
G. Sanguini		RH	
Nº Tarja Sanitària <sup>i</sup>			

**DADES MÈDIQUES DEL MEMBRE DE L'ENTITAT**
**DIETA ESPECÍFICA**

Segueix algun tipus de dieta específica? Marca amb una X	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	--------------------------

Vegetariana	<input type="checkbox"/>	Vegana	<input type="checkbox"/>	Halal	<input type="checkbox"/>
No vedella	<input type="checkbox"/>	Altres:			

**AL·LÈRGIES**

Pateix algun tipus d'al·lèrgia?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

Ambiental	<input type="checkbox"/>	Alimentària	<input type="checkbox"/>	Farmacològica	<input type="checkbox"/>
Altres tipus					

Al·lèrgia a:	
Tractament <sup>ii</sup>	

**INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA**

Pateix algun tipus d'intolerància alimentària?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	--------------------------

Intolerència a: <sup>iii</sup>	
--------------------------------	--

**MALALTIA CRÒNICA**

Pateix alguna malaltia crònica?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

Quina:	
Tractament <sup>iv</sup>	

**MALALTIES FREQUENTS**

Es posa malalt amb freqüència?	Si		No	
--------------------------------	----	--	----	--

Quina dolència?	
Tractament <sup>v</sup>	

**NECESSITATS EDUCATIVES ESPECIALS**

Té algun tipus de diversitat funcional o necessitat educativa especial?	Si		No	
---	----	--	----	--

Quina?	
Tractament <sup>vi</sup>	

**ALTRES INFORMACIONS RELATIVES A LA SALUT:**

Es mareja amb facilitat?	Si		No	
Sap nedar?	Si		No	
Pateix enuresi nocturna?	Si		No	
Té vertigen?	Si		No	
Té la vacuna del tètanus al dia?	Si		No	
	Data de la darrera dosi administrada <sup>vii</sup>			
Ha patit alguna malaltia important	Si		No	
	Quina?			
Ha estat operat alguna vegada?	Si		No	
	De què?			

\*Signant aquest document es fa palesa la veracitat i correcció de les dades que hi consten.

\*\* En cas que el document no estigui signat pels dos pares/mares/ tutors, el pare/mare/tutor signant declara que actua amb el consentiment de l'altre i exonera l'entitat de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

\*\*\* En cas que alguna de les dades i/o una de les signatures no estigui plena per negació a entregar la informació, el menor d'edat no podrà ser inscrit a les activitats de l'entitat.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**Signatura pare/mare/tutor**

**Signatura pare/mare/tutor.**

<sup>i</sup> Adjuntar fotocòpia de la targeta sanitària.

<sup>ii</sup> Adjuntar diagnòs i receptes mèdiques, si s'escau.

<sup>iii</sup> Adjuntar diagnòs mèdica.

<sup>iv</sup> Adjuntar diagnòs i receptes mèdiques.

<sup>v</sup> Adjuntar diagnòs i receptes mèdiques.

<sup>vi</sup> Adjuntar diagnòs i receptes mèdiques.

<sup>vii</sup> Adjuntar fotocòpia de la cartilla de vacunacions



## AUTORITZACIÓ PER AL TRACTAMENT DE LA IMATGE

El dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució espanyola i està regulat per la Llei orgànica 1/1982, de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, així com per la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal.

Sol·licitem que marqueu la casella corresponent per tenir el vostre **consentiment exprés** per a la realització i publicació de fotografies i vídeos on apareguin els usuaris de manera clarament identificables. La imatge de l'usuari o altres informacions que hi facin referència i que estiguin relacionades amb activitats del centre podran ser emprades en les diverses publicacions, catàlegs i comunicacions propis (publicacions, pàgina web i xarxes socials dels Moviments Juvenils Maristes, la Fundació Champagnat Fundació Privada, Província Marista L'Hermitage, Províncies Maristes pertanyents a la Conferència Marista Espanyola i Europea, i Institut dels Germans Maristes) que l'entitat realitzi dins de la seva activitat social i educativa.

AUTORITZO  NO AUTORITZO

Per a l'exercici dels drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició podeu enviar un escrit adjuntant-hi una còpia del DNI a la secretaria de l'entitat local a la que pertany el menor d'edat.

*\*Signant aquest document es fa palesa la veracitat i correcció de les dades que hi consten.*

*\*\* En cas que el document no estigui signat pels dos pares/mares/ tutors, el pare/mare/tutor signant declara que actua amb el consentiment de l'altre i exonera l'entitat de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.*

*\*\*\* En cas que alguna de les dades i/o una de les signatures no estigui plena per negació a entregar la informació, el menor no podrà ser inscrit a les activitats de l'entitat.*

**Nom i cognoms del menor:** \_\_\_\_\_

**Pare/mare/tutor**

**Pare/mare/tutor**

Nom:

Nom:

DNI:

DNI:

Signatura:

Signatura:



## AUTORITZACIÓ MÈDICO-QUIRÚRGICA

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI/NIE/Passaport nº \_\_\_\_\_

pare/mare/tutor de \_\_\_\_\_ membre del **CMS** (Centre Marista d'Escoltes) **autoritzo** al meu fill/a, menor d'edat, **a participar** de les activitats organitzades pel CMS o algun dels Agrupaments escoltes integrats en dita entitat **durant el curs 2020 - 2021**

AUTORITZO  NO AUTORITZO

Mitjançant la signatura d'aquesta autorització, doneu el vostre **consentiment exprés** per prendre les **decisions medico-quirúrgiques** necessàries, en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

AUTORITZO  NO AUTORITZO

Amb aquest mateix document, **autoritzo el trasllat**, per poder portar al menor d'edat a un centre de salut, en cas de malaltia i/o accident lleu.

AUTORITZO  NO AUTORITZO

Per a l'exercici dels drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició podeu enviar un escrit adjuntant-hi una còpia del DNI a la secretaria de l'entitat local a la que pertany el menor d'edat.

*\*Signant aquest document es fa palesa la veracitat i correcció de les dades que hi consten.*

*\*\* En cas que el document no estigui signat pels dos pares/mares/ tutors, el pare/mare/tutor signant declara que actua amb el consentiment de l'altre i exonera l'entitat de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.*

*\*\*\* En cas que no estiguen d'acord amb aquesta comunicació, el menor d'edat no podrà ser inscrit a les activitats de l'entitat.*

**Nom i cognoms del menor d'edat:** \_\_\_\_\_

**Pare/mare/tutor**

Nom:

DNI:

Signatura:

**Pare/mare/tutor**

Nom:

DNI:

Signatura: