

# AUTORITZACIÓ FAMILIAR COLÒNIES OBERTES 2019

Foto

CASA: LES TALLADES

DATES: 21 juliol-28 juliol 2019

## DADES PERSONALS DEL PARTICIPANT:

Noms i Cognoms

Adreça

Població

Codi Postal

Telèfon

Email del pare/mare

Edat

Curs que ha fet

Data de Naixement

Escola

## DADES FAMILIARS

Nom del Pare

Nom de la Mare

Domicili dels pares durant l'activitat

Nombre de germans

Edats

Telèfons de localització (casa, avis, treball, mòbil, etc)

TELÈFON

HORARI

DEMANAR PER

TELÈFON	HORARI	DEMANAR PER

## DADES D'INTERÈS A OMLIR PELS PARES

És: Quiet  Callat  Arriscat  Mogut  Tímid

A casa col labora: Si  No

Participa en grups d'esplai: Si  No

Ha anat altres vegades de colònies: Si  No

Sap nedar: Si  No

En cas afirmatiu, portarà bombolla o manguitos? Si  No   
(cal portar-los de casa)

## INFORMACIÓ SANITÀRIA

La informació d'aquesta fitxa és absolutament confidencial. El seu interès està reservat exclusivament als monitors/es i personal administratiu de l'empresa

Té aplicades les vacunes corresponents a la seva edat Si  No

Malalties més freqüents: Angines  Refredats  Faringitis  Altres

Pren algun medicament?

Amb quina administració?

És al·lèrgic a algun medicament?  Quin?

Té alguna tipus d'al·lèrgia?  Quina?

Té enuresi nocturn? Si  No  Pateix sovint hemorràgies? Si  No

Pateix insomni? Si  No  Es mareja amb facilitat? Si  No

Està sota algun règim especial?

Pateix alguna deficiència física o psíquica?

Altres aspectes importants per al monitor/a que estarà amb el seu fill/a a l'estada:

**AMICS QUE VAN DE COLÒNIES:**

### NOTA IMPORTANT

Adjunteu la fotocòpia de la targeta d'assistència sanitària i del carnet de vacunació de l'infant inscrit.

### AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

autoritzo al meu fill/a \_\_\_\_\_

-Assistir a les activitats organitzades de la casa de colònies les Tallades en les condicions establertes:

Si  No

-Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa

Si  No

-Autoritzo l'administració d'antitèrmics (paracetamol/ibuprofè) per pat dels monitors de la casa de colònies en cas de necessitat i certifico que el meu fill/a no pateix al·lèrgia coneguda a aquest medicament?

Si  No

-Autoritzo el trasllat del seu fill/a en vehicle privat o públic al centre sanitari en cas d'emergències amb les mesures de seguretat pertinents, en les activitats que formen part del programa?

Si  No

-Autoritzo que es puguin fer fotografies o gravar vídeos on aparegui el nen/a que estic inscrivint?

Si  No

- Accepto i estic d'acord amb les condicions d'inscripció? Si  No

I dono fe que tot el que ha estat escrit és cert i correcte.

**Signatura del pare, mare o tutor:**

**Lloc i data:**