COLÒNIES 2020
Dies 6, 7 i 8 d'abril

DADES DE L'USUARI

NOM: **COGNOMS:** **DATA NAIX:**

ESCOLA: **CURS:** **AULA:**

ADREÇA: **POBLACIÓ:**

CORREU ELECTRÒNIC (EN MAJÚSCULES):

TELÈFONS (DURANT L'ACTIVITAT):

AUTORITZACIÓ FAMILIAR (Marca amb una creu, el que autoritzeu)

amb DNI

com a (mare / pare / tutor/a) del nen/a

☐ AUTORITZO A PARTICIPAR en les activitats que organitza el Grup d'Entitats El Vendrell Educació i Lleure: La Ballaruga, en les condicions establertes i faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que siguin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa.

☐ DONO EL MEU CONSENTIMENT per a l'ús de la seva imatge (Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge) en documentació i mitjans relacionats amb l'activitat. En cas negatiu ho comunicaré expressament a l'organització

☐ Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

☐ Rebre petites cures i medicaments com analgèsics, antipirètics i antiinflamatoris, de formulació infantil i que es lliuren sense recepta, per part dels dirigents.

Als efectes del que disposa la Llei de Protecció de Dades de caràcter personal (Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre), us

FITXA DE SALUT

NOM I COGNOMS _____

NÚM. TARGETA SANITÀRIA. ***(Cal adjuntar fotocòpia de la targeta sanitària)***_____

MALALTIES CRÒNIQUES

Té alguna malaltia crònica? (Descriure: medicacions, dosificacions, protocols d'actuació)

És necessari adjuntar informe mèdic.

INTOLERÀNCIA O AL·LÈRGIA ALIMENTÀRIA	MALATIES IMPORTANTS PASSADES

AL.LÈRGIES EN GENERAL	DISCAPACITATS FÍSIQUES O INTELECTUALS

VACUNACIÓ

Porta totes les vacunes que li pertoquen segons la seva edat? ☐ SI

En cas de no estar vacunat/da adjuntar informe mèdic. ☐ NO

ALTRES DADES

☐ Sap Nedar?

☐ Es cansa aviat a les excursions?

☐ Es mareja fàcilment quan viatja?

☐ Té enuresi?

☐ Té alguna dificultat psicomotriu? ***(adjuntar informe)***

Altres observacions

El Vendrell, …… d …….. de 201….

Signatura pare, mare o tutor/a amb DNI_____