CASALS D'ESTIU 2020 - LA BALLARUGA

AUTORITZACIÓ FAMILIAR (Marqueu el que autoritzeu)

Jo en/na **Nom i Cognoms** _____ **amb DNI** _____
com a (mare / pare / tutor/a) del nen/a **Nom nen/a** _____

De conformitat amb el que disposa la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD) l'informem que les dades personals consignades en aquest document són incorporades en fitxers titularitat de LA BALLARUGA i entitats vinculades amb la finalitat de gestionar els serveis que ofereix aquesta entitat. El sotasignat autoritza de forma expressa el tractament d'aquestes dades, així com futures dades que pugui facilitar-nos per a la correcta prestació del servei, incloses dades especialment sensibles (com informació sanitària d'interès). LA BALLARUGA es compromet a tractar aquestes dades amb la màxima reserva Així mateix, el sotasignat autoritza a que les dades puguin ser conservades per gestionar adequadament ulteriors encàrrecs que pugui realitzar-nos. Les dades dels usuaris poden ser publicades en els taulells d'anuncis dels centres on LA BALLARUGA desenvolupa l'activitat, i comunicades als efectes acreditatius oportuns a l'Escola o entitat a través de la qual contracta els nostres serveis, així com als Organismes i Institucions

☐Tanmateix autoritzo a l'ús de la imatge personal del meu fill/filla per a fotografies, vídeos i material
audiovisual que es realitzi durant l'activitat.

☐ M'han fet entrega de la documentació sanitària i normativa del casal

☐Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que calgués adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

☐Recollir a l'Infant de l'activitat, les següents persones:
Nom i Cognoms. _____ _____ Com a Parentiu _____ Amb DNI _____

☐Marxar sol/a a casa després de l'activitat

☐Fer les sortides i trasllats que l'activitat requereix amb l'equip educatiu de la Ballaruga

☐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.

A_____, ____ d _____ de 2020
Signatura

<u>Declaració responsable en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19</u>

Declaro sota la meva responsabilitat:

- ☐ Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure, en la qual en/na ..... participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.

- ☐ Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.

- ☐ Que em responsabilitzo que el meu fill/a porti la mascareta tots els dies mentre duri l'activitat

- ☐ Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut d'en/na ..... compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l'activitat, en/na ..... compleix els requisits de salut següents:

- ☐ Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.

- ☐ No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

Només marcar en cas de menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

- ☐ Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat

CASALS D'ESTIU 2020 - LA BALLARUGA

FITXA DE SALUT – INFORMACIÓ SANITÀRIA

NOM I COGNOMS: _____
NÚM. TARGETA SANITÀRIA: _____

MALALTIES HABITUALS				
	Mal de cap			Mal de queixal
	Bronquitis			Insomni
	Angines			Diarrea
	Hemorràgies			Restrenyiment
	Altres			

MALALTIES CRÒNIQUES	
	Té alguna malaltia crònica? (Descriure: medicacions, dosificacions, protocols d'actuació) És necessari adjuntar informe mèdic.
	Intol·lerància o al·lergia alimentària
	Malalties importants passades
	Al·lèrgies en general
	Diversitat funcional / Necessitats Educatives Espercials

	Porta totes les vacunes que li pertoquen segons la seva edat? En casa de no estar vacunat/da adjuntar informe mèdic
	Sap nedar?
	Es mareja fàcilment quan viatja?
	Té enuresi?
	Té alguna dificultat psicomotriu? ***(adjuntar informe)***

ALTRES OBSERVACIONS:

A_____, ____ d _____ de 2020
Signatura