

AUTORITZACIONS PARTICIPANTS MENORS D'EDAT

AUTORITZACIÓ DE PARTICIPACIÓ

Autoritzo al meu fill/a a participar al Casal d'Estiu que organitza la **SOCIETAT LA PRINCIPAL**. Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada i eximir els monitors/es de responsabilitat civil i penal.

SI	NO
----	----

AUTORITZACIÓ DE SORTIDES

Autoritzo al meu fill/a a participar a totes les sortides i/o excursions, a anar a la piscina, i a la nit de Bivac del Casal d'Estiu.

SI	NO
----	----

Autoritzo al meu fill/a a participar en les sortides a la platja i en la bicicletada (NOMÉS A PARTIR SEGON PRIMÀRIA). Disposeu de bicicleta?

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

ACOLLIDA MATINAL

Utilitzareu el servei d'acollida gratuït de 8h a 9h?

SI	ESPORÀDIC	FIX	NO
----	-----------	-----	----

SERVEI DE MENJADOR

Utilitzareu el servei de menjador?

SI	ESPORÀDIC	FIX	NO
----	-----------	-----	----

RECOLLIDA D'INFANTS

Amb qui marxarà del Casal d'Estiu?

(Especifiquen NOM i DNI) o si l'autoritzeu a marxar sol

FITXA DE SALUT. RESPON ELS ASPECTES RELACIONATS AMB EL NEN/A:

Ompliu la fitxa de salut amb totes aquelles dades que creieu necessàries que ens heu d'informar. La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 137/2003 de 10 de juny, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat d'acord amb la Llei orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

ES VESTEIX I DESVESTEIX SOL/A	SI	NO	PORTA ULLERES	SI	NO
ES CANSA FÀCILMENT	SI	NO	PORTA APARELL AUDITIU	SI	NO
SAP NEDAR	SI	NO	ES MAREJA EN TRANSPORT	SI	NO
MENJA SOL/A	SI	NO	TÉ FACILITAT PER VOMITAR	SI	NO
HA DE FER DIETA ESPECIAL	SI	NO	PATEIX MAL DE CAP	SI	NO
PATEIX RESTRENYIMENT	SI	NO	TENDEIX A SAGNAR PEL NAS	SI	NO
ESTÀ AL CORRENT DE LES VACUNES	SI	NO	TÉ LA MENSTRUACIÓ	SI	NO
PORTA PLANTILLES	SI	NO	TÉ EPIL·LÈPSIA	SI	NO
PORTA APARELLS D'ORTODÒNCIA	SI	NO	HIPERACTIVITAT	SI	NO
TÉ ASMA	SI	NO	AL·LÈRGIC	SI	NO

Té cap tipus d'al·lèrgia i/o intolerància? SI / NO
A què? _____

Tractament necessari _____

Pateix alguna malaltia crònica i/o discapacitat?
SI / NO
Quina? _____

Necessita prendre cap medicament? SI / NO
Quin? Cada quan? Quantitat _____

(en cas afirmatiu, adjuntar prescripció mèdica i autorització per poder-los administrar)

Lloc i Data:

Signatura del
pare, mare o tutor:

Documentació a adjuntar:

- Foto recent de l'infant. A poder ser, somrient!
- Fotocòpia del DNI del pare, mare o tutor legal.
- Fotocòpia del DNI del nen/a (si en disposa).
- Fotocòpia de la targeta sanitària del nen/a.
- Recepta mèdica del medicament a administrar si es dona el cas.

El pagament es podrà realitzar, en efectiu o targeta, a les nostres oficines de dilluns a divendres, de 10h a 13h, i 17h a 20h; o mitjançant una transferència al següent número de compte: BANC SABADELL (Adjuntar el resguard amb la inscripció).

US DEMANEM QUE CONTACTEU AMB NOSALTRES PRÈVIAMENT PER DONAR-VOS EL IMPORT A PAGAR SEGONS LA TARIFA CORRECTE

E S 3 3 0 0 8 1 0 0 4 6 1 5 0 0 0 1 6 0 8 1 6 6

D'acord amb el que disposa l'article 5 de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal i l'article 18 del seu Reglament de Desplegament, aprovat pel Reial Decret 1720/2007, us informem que les vostres dades de caràcter personal s'incorporaran als fitxers dels que és responsable CASAL SOCIETAT LA PRINCIPAL i les empreses organitzadores d'aquesta/es activitat Espai Lleure Divertalia S.L. i Steam S.C.P., i no seran cedides a persones físiques i jurídiques públiques o privades sense el vostre consentiment o si no ho autoritza una llei.