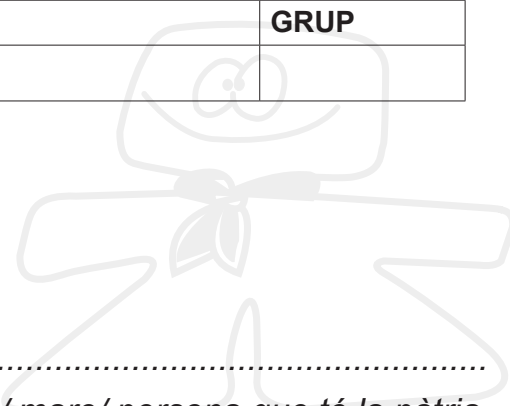


NOM	COGNOMS	GRUP



AUTORITZACIÓ

En/Na
 amb D.N.I núm com a pare/ mare/ persona que té la pàtria
 potestat o guàrdia legal del nen/a amb
 D.N.I núm,

Autoritza sota la seva responsabilitat al seu/seva tutelat/da perquè assisteixi a les colònies d'estiu organitzades per l'esplai BOTERUT. Igualment, es declara coneixedor de les condicions de participació, del projecte educatiu i de la normativa de l'activitat, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura.

Igualment, fa extensiva aquesta autorització a les decisions de tipus mèdico-quirúrgiques que sigui necessari adoptar en cas d'urgència, quan no es pugui contactar telefònicament amb la família o tutor, sempre i quan es prenguin sota la pertinent direcció facultativa.

Tantmateix, autoritza al personal responsable d'aquesta activitat que se'l/la pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica, emprant les mesures de seguretat pertinents.

Us informem que durant les activitats, l'esplai BOTERUT o alguna organització col·laboradora pot realitzar reportatges de caràcter fotogràfic i audiovisual de les activitats que li són pròpies, i que podrà utilitzar-los amb fins propis o cedint-los a entitats col·laboradores o d'informació general (mitjans de comunicació), així com a xarxes socials (Facebook, Twitter, Youtube...).

..... a de del 20.....

Signatura del pare i mare i/o tutor/a:

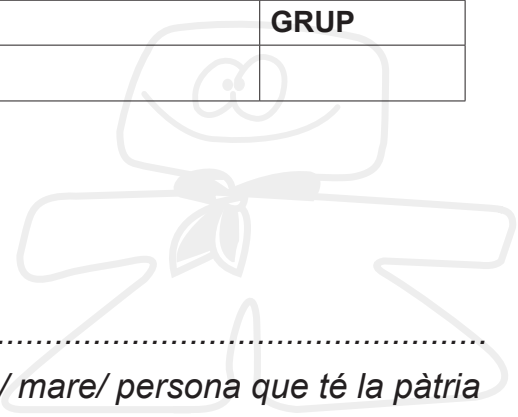
En el cas que estiguin divorciats cal que firmin els dos o portar la sentència.

CONDICIONS DE PARTICIPACIÓ

· Les baixes a 15 dies abans de les colònies (6 de juliol) es retornaran els diners excepte la paga i senyal.
 Passat el 6 de juliol significa la pèrdua del 100% del import i de la bestreta pagats.

· D'acord amb la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal, L'Esplai Boterut es compromet a utilitzar les vostres dades només per a la prestació del servei i a no divulgar-les a terceres persones. En qualsevol moment podeu exercir el vostre dret d'accés, cancel·lació, rectificació i oposició a les de dades.

NOM	COGNOMS	GRUP



AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na
 amb D.N.I núm com a pare/ mare/ persona que té la pàtria
 potestat o guàrdia legal del nen/a amb D.N.I
 núm, autoritza a l'equip de dirigents de L'esplai BOTERUT a
 administrar-li en cas que sigui necessari els medicaments marcats a continuació durant
 les colònies que es realitzaran entre els dies i de del 20.....:

MEDICAMENT	SÍ	NO	DOSI
Betadine® o topionic®			Sense especificar
Cristalmina			Sense especificar
Ibuprofeno			
Dalsy ®			
Paracetamol			
Apiretal ®			
Sèrum oral			
Fenistil®			Sense especificar
Afterbite®			Sense especificar
Kalamina			
Fastum gel ®			Sense especificar
Voltaren			
Thrombocid ®			Sense especificar
Linutil ®			Sense especificar
Silverderma			

(Marcar amb una creueta sí o no i en cas de ser necessari la dosi a administrar)

..... a de del 20.....

Signatura del pare i mare i/o tutor/a:

*En el cas que estiguin divorciats cal que firmin els dos o portar la sentència.

NOM	COGNOMS	GRUP

FITXA DE SALUT

Pateix alguna malaltia (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)

.....

Té problemes amb la vista o l'oïda? Quins?

Té alguna diversitat funcional? No Sí De quin tipus? Física Psíquica Sensorial
Quina?.....

Té alguna dificultat motriu? No Sí Quina?.....

Es fatiga fàcilment? No Sí

Dorm bé? No Sí Quin problema té per dormir? Hores de son:

Té problemes d'enuresi? No Sí Diürn Nocturn

L'angoixa algun tipus de situació? (por, temor...)

Menja: De tot Algunes coses Quantitat: Molt Poc

Es mareja amb facilitat? No Sí Sap nedar? No Sí

Emmalalteix amb freqüència? No Sí De què?.....

Pren alguna medicació especial? No Sí*

En cas afirmatiu, cal emplenar l'autorització d'administració de medicament que us facilitem

Segueix algun règim especial? No Sí De quin tipus?.....

Porta plantilles? No Sí Porta ortodòncia? No Sí

Observacions: (indiqueu aquí aquells aspectes que calgui informar i que no hagueu vist tractats en les preguntes anteriors)

.....

.....

En/na..... amb D.N.I.....

certifica que l'infant..... amb D.N.I.....

..... està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent i que el seu estat de salut és:

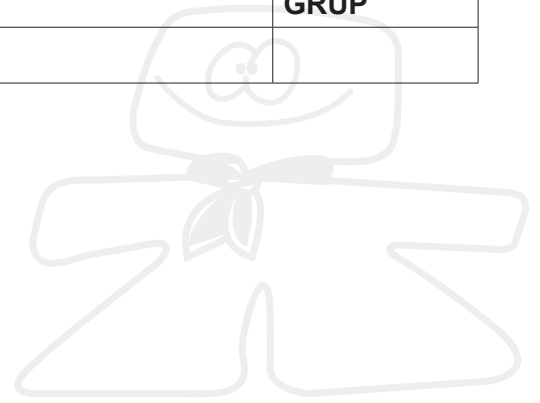
Bo Altre:

..... a de del 20.....

Signatura del pare i mare i/o tutor/a:

*En el cas que estiguin divorciats cal que firmin els dos o portin la sentència.

NOM	COGNOMS	GRUP



TARGETA SANITÀRIA

Enganxar aquí la fotocòpia de la targeta sanitària



CARNET DE VACUNACIÓ

Enganxar aquí la fotocòpia del carnet de vacunació