

FITXA MÈDICA I AUTORITZACIONS SELVAESTIU ESPORTIU 2024

DADES DE QUI PARTICIPA

Nom i cognoms de l'infant:

Data de naixement:

Adreça on viu l'infant:

Població: Carrer:.....

Número: Pis:..... Porta:.....

Telèfons particular o urgències:

Número: Nom:.....

Número: Nom:.....

Número: Nom:.....

Número: Nom:.....

FITXA MÈDICA

Malalties importants:

Intervencions quirúrgiques: SI NO

Quines:.....

Al·lèrgies alimentàries: SI NO

Quines:.....

Pren medicaments: SI NO

Quins:.....

Observacions sobre la salut de l'infant:

DADES DE QUI PARTICIPA

Jo..... (MARE/PARE/TUTOR) major d'edat amb
DNI.....autoritzo a
a participar a les activitats que es desenvolupen al Selvastiu Esportiu 2024 de
La Selva del Camp. SI NO

- Qui el vindrà a buscar habitualment, a qui autoritzo a emportar-se al meu fill/a en el supòsit de no poder fer-ho jo :

Nom:DNI:.....

Nom:DNI:.....

Nom:DNI:.....

- El nen o nena pot marxar sol a casa? SI NO
- A que l'equip educatiu responsable de l'activitat del Selvastiu, pugui prendre les decisions mèdiques pertinents, en cas de ser necessari, per urgència i amb la impossibilitat de comunicació amb el pare/mare/tutor@? SI NO
- A que l'equip educatiu responsable de l'activitat del Selvastiu pugui activar el protocol d'ASI o maltractament infantil, en cas de ser necessari, sense l'aprovació del pare/mare/tutor@? SI NO
- A prestar la imatge del meu fill o filla en la promoció d'activitats de l'entitat, sempre i quan no vulnerin els principis fonamentals de la mateixa i que es puguin publicar a Canal Camp i a l'instagram privat de les famílies: SI NO
- A realitzar activitats i sortides pel municipi. SI NO
- A realitzar activitats especials, físiques i esportives. SI NO
- Sap nedar? SI NO Observacions:.....
- He sigut informat i accepto la normativa. SI NO

Eximeixo i allibero a l'Ajuntament de la Selva del Camp de tot reclam i responsabilitat, produïdes per la meva actuació si jo o persones per mi autoritzades, fan documents fotogràfics, videogràfics o sonors de les seves instal·lacions. I declaro sota la meva responsabilitat que complirem amb la normativa de Protecció de dades, Honor i intimitat, i Propietat intel·lectual de tercers afectats.

LA SELVA DEL CAMP, A..... DE..... DE 2024

SIGNATURA DE QUI AUTORITZA:

En el cas que els responsables del Selvastiu Esportiu de La Selva del Camp hagin d'administrar algun tipus de medicament al vostre fill/a, és necessari que ens porteu aquest document degudament completat, un per cada medicament diferent que prengui. **També cal adjuntar la recepta mèdica**, on hi ha de constar la data recent de prescripció.

AUTORITZACIÓ PER L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Jo, en/na.....

Mare/pare/tutor@ de.....

autoritzo a l'equip de monitors i monitores del Selvastiu Esportiu de La Selva del Camp administrar la medicació, sota l'autorització facultativa pertinent.....

..... amb els següents horaris.....

dosis..... i indicacions.....

.....

Data:.....

Signatura pare/mare/tutor@: