

## Colònies d'Estiu L'Estel

Full d'inscripció

Foto

**Dades del participant**

Nom i cognoms:.....  
 Data de naixement:.....  
 Adreça:..... Població:.....  
 Telèfon 1:..... 2:..... Curs: .....  
 e-mail:.....

**Autorització personal i mèdica:**

Jo,..... amb DNI....., pare/mare,  
 familiar o tutor legal, de ..... l'autoritzo a participar a les  
 Colònies d'estiu de l'AFA L'Estel 20\_\_ els dies.

Confirmo que l'infant està en condicions de salut aptes per a participar a totes les activitats proposades.

En cas d'accident, autoritzo a que l'equip de monitors demani assistència mèdica i que l'infant pugui ser traslladat al centre mèdic proper si fos necessari.

Pateix alguna malaltia crònica? Sí/No

Quina.....

.....

Pateix algun tipus d'alteració física o psíquica? Sí/No

Quina.....

.....

Pren algun tipus de medicació de forma periòdica? Sí/No

Quina.....

Pateix alguna al·lèrgia o intolerància? Sí/No

Quina.....

Fa algun tipus de regim especial? Sí/No

Quin.....

Es mareja quan viatge amb autocar? Sí / No

Sap nedar? Sí / No

Si a cursat enguany P3, esta acostumat a fer migdiada? Sí / No

Altres observacions:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa, i dono fe que tot el que ha estat escrit anteriorment és cert i correcte.

En cas de necessitar atenció mèdica, ens dóna permís per usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat i portar al seu fill/a al centre sanitari més proper? Sí \_\_\_\_ //

No \_\_\_\_



Autoritzo que el meu fill/a rebi petites cures i medicaments com: analgèsics, antipirètics i antiinflamatoris, de formulació infantil i que es lliuren sense recepta, per part dels dirigents. Sí \_\_\_\_  
// No \_\_\_\_

DECLARACIÓ RESPONSABLE PER A LES FAMÍLIES DE NENS I NENES NO VACUNATS  
En/na \_\_\_\_\_ amb

DNI \_\_\_\_\_ pare/mare/tutor del nen/a \_\_\_\_\_ em faig  
exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la NO  
VACUNACIÓ a l'activitat COLÒNIES D'ESTIU 20\_\_ i per tant exonero la instal·lació, l'entitat  
organitzadora, el responsable de l'activitat i l'equip de monitors de qualsevol responsabilitat per  
aquest motiu.

Les dades que ens faciliteu en aquest formulari **no** seran incorporades a cap base de dades i es  
faran servir exclusivament pel correcte funcionament de l'activitat.

Així mateix, us informem que durant les activitats Brúixola pot realitzar reportatges de caràcter  
fotogràfic i audiovisual de les nostres activitats i serveis, i que podrà utilitzar-los amb fins propis  
d'informació i difusió en mitjans com tríptics informatius o la nostre pagina web.

Marqueu amb una X, Sí / No autoritzo que aparegui cap imatge del participant.

Data:

Signatura:

