

Cognoms	Nom	Data naixement	Curs escolar

DADES PERSONALS (*Posar totes les dades en LLETRA MAJÚSCULA)

Carrer _____ Número__Pis____Porta __

Població _____Codi postal _____

Telèfon de casa _____

Nom del tutor 1 _____Mòbil _____

Correu electrònic _____

Nom del tutor 2 _____Mòbil _____

Correu electrònic _____

Nombre de germans (comptant-se ell/a) _____

Escola _____

Participa durant el curs en activitats d'esplai? **SI NO**Té fulard? **SI NO**

Fotografia

Pagament	
Fitxa	
Autoritzacions	
Foto	
Targeta S.S.	
Certificat vacunes	

INFORMACIÓ MÈDICA (encercler la resposta)

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

Té al·lèrgia a algun medicament? **SI NO** Quin? _____Té problemes amb la vista o l'oïda? **SI NO** Quins? _____Té diversitat funcional? **SI NO** Quina? _____Té alguna dificultat motriu? **SI NO** Quina? _____Es fatiga fàcilment? **SI NO** Sap nedar? **SI NO AMB DIFICULTAT**Dorm bé? **SI NO** Quantes hores dorm normalment? _____Té problemes d'enuresi? **SI NO**Menja de tot? **SI NO** En relació a la seva edat, és un infant que menja **POC NORMAL MOLT**Segueix algun règim especial? **SI NO** De quin tipus? _____Emmalalteix amb freqüència? **SI NO** De què? _____Pren alguna medicació especial? **SI NO** Quina? _____

Administració _____

(recorda adjuntar l'autorització de medicaments específics)

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

AUTORITZACIONS (a omplir pel pare/mare/tutor/a)

Autoritzo el meu fill/a a participar en l'activitat de referència, incloent sortides i pernoctacions organitzades per l'esplai Abat Cassià. Igualment, es declara coneixedor de les condicions de participació, del projecte educatiu i de la normativa de l'activitat, acceptant-la mitjançant l'acte d'aquesta signatura. **SI NO**

Autoritzo el/la conductor del cotxe de suport a transportar l'infant en cas d'emergència mèdica. **SI NO**

Autoritzo el/la responsable a prendre les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, i sota la direcció facultativa adequada. **SI NO**

Autoritzo l'equip de monitors a medicar l'infant sota prescripció mèdica. **SI NO**

Autoritzo l'equip de monitors a la realització de petites cures consistents en l'administració de Clorhexidina, Ibuprofè, Paracetamol, Povidona iodada (Betadine), Silvederma, Sueroral hiposòdic, Linitul, Fenistil, Voltaren (en format pomada), Fisiocrem, sèrum fisiològic. **SI NO**

Atès que el dret a la pròpia imatge és reconegut en l'article 18.1 de la Constitució espanyola i està regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret de l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, l'esplai Abat Cassià demana el consentiment als pares, mares i/o tutors/es legals per poder publicar fotografies i vídeos on apareguin els seus fills i filles i hi siguin clarament identificables, a la pàgina web de l'esplai, xarxes socials de l'esplai o altres mitjans de comunicació. **AUTORITZO NO AUTORITZO**

Autoritzo al meu fill/a a marxar sol després de qualsevol activitat de l'esplai. **SI NO**

En/na _____, amb D.N.I. _____, com a _____ d'en/de na _____,

declaro que les dades consignades en aquest document, així com la documentació que s'adjunta, són certes; i que comunicaré a l'equip de monitors i monitores de l'Esplai Abat Cassià qualsevulla variacions que es puguin produir d'ara en endavant. Així mateix, signo les autoritzacions anteriors

Barcelona, a _____ de _____ 20__

Signatura del pare/mare/tutor/a: