



## Colònies d'Estiu Sagrada Família 2018

Full d'inscripció

Foto

### Dades del participant

Nom i cognoms:.....  
Data de naixement:..... Curs: .....

Adreça:..... Població:.....  
Telèfon 1:..... 2:..... 3 .....

e-mail:.....

### **Autorització personal i mèdica:**

Jo,.....ambDNI.....,  
pare/mare, o tutor legal, de ..... l'autoritzo a  
participar a les Colònies organitzades per l'AMPA del Col.legi Sagrada Família del Masnou els  
dies 4, 5 i 6 de maig de 2018.

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 de l'AMPA del Col·legi Sagrada Família del Masnou 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.



AMPA  
**SAFA**

**bruixola**

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

**Cal adjuntar la fotocòpia de la tarja sanitària.**

Signatura:

Data:

