



AUTORITZACIÓ PÀTERNA

JO, (nom pare o mare)..... AMB EL DNI

NÚM.AUTORITZO EL MEU FILL / LA MEVA FILLA

(nom noi/noia)..... PERQUÈ PARTICIPI
A LES COLÒNIES SUMMER ADVENTURE.

PER AQUEST DOCUMENT L'AUTORITZO L'ORGANITZACIÓ A:

- REALITZAR LES ACTIVITATS PRÒPIES D'AQUESTES COLÒNIES
- USAR VEHICLE PRIVAT PER AL DESPLAÇAMENT NO URGENT NI ESPECIALITZAT EN CAS DE NECESSITAT
- EFECTUAR PETITES CURES I ADMINISTRAR, PRÈVIA CONSULTA, COMPOSTOS DE PARACETAMOL, ÀCID ACETILSALICÍLIC O IBUPROFÈ
- UTILITZAR LES IMATGES DE LA COLÒNIA PER ACCIONS DE DIFUSIÓ O PROMOCIÓ

EN CAS D'ACCIDENT O MALALTIA QUE REQUEREIXI UNA INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA URGENT AUTORITZO EL METGE QUE L'ATENGUI PERQUÈ L'EFECTUÏ.

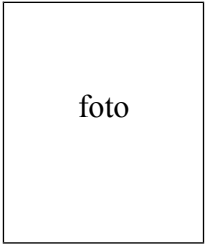
DECLARO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT QUE EL MEU FILL / LA MEVA FILLA TÉ EN ORDRE LA CARTILLA DE VACUNACIONS.

PEL QUE FA A ATENCIONS ESPECIALS, CAL TENIR EN COMPTE LES SEGÜENTS:

.....
.....
.....

.....,de..... de

(signatura)



INSCRIPCIÓ

TORN

Nom Edat

Adreça

Població D.P.

Telèfon Data naixement..... Lloc.....

Escola Curs acabat

Núm. de germans: nenes i nens. Ocupa el lloc.

Ha assistit a colònies o campaments de

Assisteix a l'esplai

Estudia anglès a l'Acadèmia

Ocupació del pare

Ocupació de la mare

Email pare / mare

Observacions:

.....

.....

ADRECES FAMILIARS DURANT LES COLÒNIES

Nom Telèfon

Adreça Població

Nom Telèfon

Adreça Població

Nom Telèfon

Adreça Població



INFORME MÈDIC FAMILIAR

Nom.....

MARQUEU AMB UNA **X** EN CAS AFIRMATIU.

<input type="checkbox"/>	Es mareja als viatges?
<input type="checkbox"/>	A les excursions, es fatiga aviat?
<input type="checkbox"/>	Pateix fàcilment hemorràgies nasals?
<input type="checkbox"/>	Pateix alguna malaltia coronària?
<input type="checkbox"/>	Pateix o ha patit convulsions?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir angines?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir refredats?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir faringitis?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir mal de queixals?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir indigestió?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir restrenyiment?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir enuresi nocturna (pipí al llit)?
<input type="checkbox"/>	Té propensió a patir alteracions al canvi d'aigües?
<input type="checkbox"/>	Pateix alguna alteració de la son?
<input type="checkbox"/>	Presenta alguna al·lèrgia? A
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Segueix algun tractament psicològic?.....Quin?.....
<input type="checkbox"/>

(En aquest cas, cal que adjunteu més informació)

Medicament 1 cada

Medicament cada

Medicament cada

Règim alimentari especial

.....

.....

Observacions

.....

.....

.....



CERTIFICAT MÈDIC

A omplir pel metge de família
 Aquest imprès pot substituir-se per la fotocòpia de la cartilla de vacunacions.

EL DOCTOR

RESIDENT A NUM. COL·LEGIAT

CERTIFICA

Que el noi/la noia
 No pateix cap malaltia que li impedeixi la participació en les colònies esportives.
 Està al corrent de les vacunacions necessàries per a la seva edat.
 Se li ha practicat la darrera vacuna antitetànica en un termini inferior a 5 anys.

....., de

(signatura)