



## FITXA D'INSCRIPCIÓ

Inscripció número \_\_\_\_\_

### COLÒNIES 2021

PobleNou del Delta, del 14 al 20 d' Agost

#### DADES PERSONALS

DATA NAIXEMENT	1er. COGNOM	2on. COGNOM	NOM
/ /			

Adreça ..... DNI.....

Població ..... C.P. ....

Telèfon Fix ..... Mòbil .....

A/e (Adreça electrònica pare, mare o tutor).....

Nom i cognoms pare .....

Nom i cognoms mare .....

#### AUTORITZACIÓ D'ASSISTÈNCIA

Jo (pare, mare o tutor).....amb DNI .....  
prenc les següents decisions sobre el meu fill/a:

l'autoritzo a assistir al torn de colònies que organitza CapiCua Lleure Serveis Educatius S.L amb NIF B55753446 del 14 al 20 d' Agost de 2021 a la casa de colònies "Casa Victòria", a PobleNou del Delta.

certifico que està protegit/da amb les vacunes assenyalades en la normativa sanitària vigent.

autoritzo a que, en cas d'accident o malaltia, el metge que l'atengui realitzi tota intervenció mèdica o quirúrgica que sigui considerada urgent.

autoritzo a participar en activitats d'aigua i de bany.

autoritzo a que sigui fotografiat/da i gravat/da durant la realització de l'activitat i, també, a que aquestes fotografies o filmacions siguin publicades a les diferents plataformes digitals de l'empresa.

autoritzo a usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

autoritzo a efectuar petites cures i a subministrar medicaments com analgèsics, antipirètics i antiinflamatoris, de formulació infantil i que es lliuren sense recepta, per part dels dirigents com ara dalsy, aigua oxigenada, cristalmina,...

Nom i cognoms participant: .....

Data de naixement: .....DNI.....

Pateix alguna malaltia? No  Si

Quina? .....

Pateix alguna al·lèrgia? No  Si

Quina? .....

És al·lèrgic a algun medicament? No  Si

Quin? .....

Té alguna diversitat funcional? No  Si

Quina? .....

Pot practicar tot tipus d'esports i activitats? No  Si

.....

Té algun problema de mobilitat o dificultat motriu? No  Si

Quina? .....

Ha de fer alguna dieta especial? No  Si

Quina? .....

Es cansa fàcilment? No  Si

Es mareja amb facilitat? No  Si

Menja de tot? No  Si

Pateix enuresi? No  Si

Té algun problema de convivència? No  Si

ALTRES COMENTARIS I/O OBSERVACIONS

.....

.....

.....

..... a ..... de ..... de 201\_\_

(signatura del pare, mare o tutor)

#### DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR AMB LA PRESENT AUTORITZACIÓ:

- Fotocòpia del carnet de vacunes
- Fotocòpia de la targeta sanitària
- Declaració responsable COVID-19
- Autorització de medicaments, en el cas que el nen/a se n'hagi de prendre durant les colònies.
- Enviar la documentació a [colonies@serveiscapicua.cat](mailto:colonies@serveiscapicua.cat)

**Declaració responsable per a les famílies en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19**

**Declaro sota la meva responsabilitat:**

- Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure, en la qual en/na ..... participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.
- Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- Que m'encarrego d'aportar la quantitat necessària de mascaretes per en/na ..... per als dies que duri l'activitat, en cas que així ho requereixi l'equip de dirigents.
- Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut d'en/na ..... compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l'activitat, en/na ..... compleix els requisits de salut següents:

- Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecció.
- No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

Només marcar en cas de menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

- Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat

## **Autorització familiar per l'administració de fàrmacs**

Els/les alumnes que hagin de prendre algun medicament durant la sortida del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ hauran de portar aquesta fitxa degudament omplerta **el dia de marxar i entregar-la juntament amb els medicaments abans de pujar a l'autocar.**

En..... amb D.N.I. .... com a pare/mare/tutor de en/na..... amb D.N.I. .... faciliten el dia de sortida els fàrmacs especificats a continuació i autoritzen als monitors i les monitores de CapiCua Serveis Educatius a administrar-los en les dosis i horaris especificats.

Fan extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota direcció facultativa adequada.

<b>NOM DEL MEDICAMENT</b>	<b>HORARI</b>	<b>QUANTITAT</b>	<b>ABANS/DESPRÉS DE MENJAR</b>	<b>EXPLICACIÓ</b>

Cal recordar posar el **nom del nen/a a l'envoltori** del medicament.

Signatura del pare/mare/tutor

A \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_