



FITXA D'INSCRIPCIÓ

Inscripció número ____

COLÒNIES 2024

Clariana de Cardener, del 8 al 10 de Juny

DADES PERSONALS

DATA NAIXEMENT	1er. COGNOM	2on. COGNOM	NOM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adreça DNI
Població C.P. Curs
Telèfon 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 8 al 10 de Juny de 2024 a la casa de colònies Can Bajona, a Clariana de Cardener.

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 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

Quin no?

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

Lloc i data signatura

(signatura del pare, mare o tutor)

DOCUMENTS QUE CAL ADJUNTAR AL FORMULARI AMB LA PRESENT AUTORIZACIÓ:

- Fotocòpia de la targeta sanitària
- Autorització de medicaments, en el cas que el nen/a se n'hagi de prendre durant les colònies.

Autorització familiar per l'administració de fàrmacs

Els/les alumnes que hagin de prendre algun medicament durant la sortida en les dates: 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 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.

NOM DEL MEDICAMENT	HORARI	QUANTITAT	ABANS/DESPRÉS DE MENJAR	EXPLICACIÓ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Signatura del pare/mare/tutor

Lloc i data signatura