



## FITXA D'INSCRIPCIÓ

Inscripció número \_\_\_\_

### COLÒNIES 2024

Xerta, del 12 al 18 de Juliol

#### 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 12 al 18 de Juliol de 2024 a la casa de colònies Alberg Xerta, a Xerta.
- 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 AUTORITZACIÓ:**

- 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.

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