



FITXA D'INSCRIPCIÓ

COLÒNIES 2026

Villa Engràcia, de l'11 al 15 de Maig

DADES PERSONALS

DATA NAIXEMENT	1er. COGNOM	2on. COGNOM	NOM

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/a)

amb DNI prenc les següents decisions sobre el meu fill/a:

☐ l'autoritzo a assistir al torn de colònies del grup de 6^è de l'Escola Europa que organitza CapiCua Lleure Serveis Educatius S.L. , amb NIF B55753446 de l'11 al 15 de Maig de 2026 a la casa de colònies Villa Engràcia, L'espluga de Francolí

☐ 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 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 d'entregar aquesta fitxa degudament omplerta.

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

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

Signatura del pare/mare/tutor

Lloc i data signatura