

Autoritzacions Casal d'Estiu del Pont de Suert 2019

Autorització dels pares (marcar les caselles corresponents)

En/Na _____ amb DNI _____, com a pare/mare/tutor del nen/a _____ autoritzo a:

- Que pugui participar en totes les activitats programades al Casal d'Estiu.
- Que pugui ser atès en cas d'accident o malaltia, per la qual cosa adjunto fotocòpia de la targeta de la Seguretat Social o de la mútua on està inscrit.
- Que pugui ser traslladat en un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat en cas de necessitar atenció mèdica.
- Que vagi a la piscina i a les sortides pròpies del Casal d'Estiu, pel que faig palès el coneixement del programa d'activitats.
- Que sigui traslladat a un hospital o centre sanitari en cas necessari.
- Que s'adoptin les decisions medicoquirúrgiques necessàries sota la direcció facultativa pertinent.
- Que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats del Casal d'Estiu 2019 i publicades en:
 - L'espai web de l'entitat organitzadora i de la promotora.
 - Filmacions destinades a difusió pública no comercial.
 - Flickr.
 - Revistes o publicacions de l'àmbit de l'educació en el lleure.
 - Presentacions digitals.

Així mateix, faig constar que no pateix cap malaltia que l'impedeixi la normal realització de les activitats pròpies del Casal d'Estiu.

El Pont de Suert, ___ de _____ de 2019
Signatura del pare, mare o tutor/a legal

Qüestionari de salut

- Impediments físics o psíquics (alteracions visuals, motrius, intel·lectuals...). Indiqueu si el/la menor té algun impediment que s'hagi de tenir en compte. _____
- Malalties / al·lèrgies, Indiqueu si el/la menor té alguna malaltia que s'hagi de tenir en compte. _____
- Medicació, si s'escau, amb indicació d'horaris i quantitat *: _____
- Dietes alimentàries. Indiqueu si el/la menor té alguna al·lèrgia o intolerància que s'hagi de tenir en compte. Especifiqueu de forma clara si hi ha quelcom que el/la menor NO POT MENJAR/BEURE. _____
- VACUNES El/la menor compta amb totes les vacunacions obligatòries (segons l'edat del nen/a)? SI NO QUINA LI FALTA? _____
- Qualsevol altra qüestió que es consideri necessària: _____

* No se subministrerà cap medicament a un nen/a sense indicació i prescripció facultativa avalada documentalment. Caldrà, a més, que la família signi l'autorització conforme els monitors/es poden subministrar el medicament.

El Pont de Suert, ___ de _____ de 2019
Signatura del pare/mare o tutor/a

Altres dades d'interès

Sap nedar? SI NO _____

Pot anar a la piscina gran? SI NO _____

Ha de portar bombolleta, flotador, maneguets o algun altre estri a la piscina? SI NO

OBSERVACIONS I ALTRES COMENTARIS SOBRE L'ESPAI DE PISCINA: _____

Responsable del tractament és la Fundació Pere Tarrés, amb domicili al c/ Numància n. 149 de Barcelona (08029), LOPD@peretarres.org.

La finalitat del tractament és la gestió de la seva sol·licitud i l'enviament de comunicacions informatives de les nostres activitats.

Exercici de drets. Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, portabilitat, limitació del tractament i a no estar sotmès a decisions individuals automatitzades dirigint-vos a l'adreça del responsable del tractament.

Més informació : <https://www.peretarres.org/avis-legal>

Cal lliurar aquest document el primer dia del Casal, en el moment de l'entrada del nen/a.