



CASA: LES TALLADES

DATES: 23 juliol-30 juliol 2017

DADES PERSONALS DEL PARTICIPANT:

Noms i Cognoms

Adreça

Població Codi Postal

Telèfon Email del pare/mare

Edat Curs que ha fet Data de Naixement

Escola

DADES FAMILIARS

Nom del Pare

Nom de la Mare

Domicili dels pares durant l'activitat

Nombre de germans Edats

Telèfons de localització (casa, avis, treball, mòbil, etc)

TELÈFON	HORARI	DEMANAR PER

DADES D'INTERÈS A OMLIR PELS PARES

És: Quiet Callat Arriscat Mogut Tímid

A casa col labora: Si No

Participa en grups d'esplai: Si No

Ha anat altres vegades de colònies: Si No

Sap nedar: Si No

En cas afirmatiu, portarà bombolla o manguitos? Si No
(cal portar-los de casa)

La informació d'aquesta fitxa és absolutament confidencial. El seu interès està reservat exclusivament als monitors/es i personal administratiu de l'empresa

Té aplicades les vacunes corresponents a la seva edat Si No

Malalties més freqüents: Angines Refredats Faringitis Altres

Pren algun medicament?

Amb quina administració? (cal adjuntar informe mèdic familiar o recepta mèdica corresponent, indicant nom del medicament, dosi i hora)

És al·lèrgic a algun medicament? Quin?

Té alguna tipus d'al·lèrgia? Quina?

Té enuresi nocturn? Si No Pateix sovint hemorràgies? Si No

Pateix insomni? Si No Es mareja amb facilitat? Si No

Està sota algun règim especial?

Pateix alguna deficiència física o psíquica?

Altres aspectes importants per al monitor/a que estarà amb el seu fill/a a l'estada:

NOTA IMPORTANT

Adjunteu la fotocòpia de la targeta d'assistència sanitària i del carnet de vacunació de l'infant inscrit.

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA (cal el document original)

En/Na _____ amb DNI _____

autoritzo al meu fill/a _____

-Assistir a les activitats organitzades de la casa de colònies les Tallades en les condicions establertes:

Si No

-Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa

Si No

-Autoritzo l'administració d'antitèrmics per pat dels monitors de la casa de colònies en cas de necessitat i certifico que el meu fill/a no pateix al·lèrgia coneguda a aquest medicament?

Si No

En cas de necessitar un antitèrmic caldrà que sigui _____ cal portar-lo el dia de la sortida

(nom del medicament i dosi)

-Autoritzo el trasllat del seu fill/a en vehicle privat o públic al centre sanitari en cas d'emergències amb les mesures de seguretat pertinents, en les activitats que formen part del programa?

Si No

-Autoritzo que es puguin fer fotografies o gravar vídeos on aparegui el nen/a que estic inscrivint?

Si No

- Accepto i estic d'acord amb les condicions d'inscripció? Si No

I dono fe que tot el que ha estat escrit és cert i correcte.

Signatura del pare, mare o tutor:

Lloc i data: