

Grup d'esplai Xivarri

C/ Concepció 6 Bis

08202 Sabadell

telef. 937274875

esplai@xivarri.org



CAMPAMENTS 2018

FITXA D'INSCRIPCIÓ:

Nom i cognoms: _____

Adreça: _____

C.P.: _____ Població: _____

Telèfons: _____

Correu-e: _____

Data Naix: _____ Colla: _____

Escola/Institut: _____ Curs: _____

DADES FAMILIARS

Nom dels pares/mares:

Signatura pare, mare o tutor legal

En/na _____ amb DNI _____ autoritza al seu fill/a:

SÍ	NO
X	

A participar a les activitats dels campaments 2017. Aquesta autorització es fa extensiva a que l'infant pugui ser atès per un equip mèdic professional en cas d'accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic en cas d'urgència.

SÍ	NO

Atès al dret a la pròpia imatge recollit en l'article 18.1 de la Constitució espanyola i regulat per la Llei orgànica 1/1982 sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge; s'autoritza a la difusió de la imatge del seu fill/a i la seva unitat familiar en algun dels espais de comunicació i difusió de l'entitat, sempre i quan la publicació tingui per finalitat difondre les activitats i/o finalitats socials d'aquesta.

SÍ	NO

A que se li subministri Betadine, Gelocatil, Trombocid, Aspirina, Ibuprofeno i Dalsy en cas de necessitat i en la dosi adequada.

SÍ	NO

Pateix alguna malaltia? Quina? _____

SÍ	NO

És al·lèrgic/a? A què? _____

SÍ	NO

S'haurà de prendre alguna medicació? Quina? _____
(encas afirmatiu caldrà aportar un justificant mèdic on s'especifiqui el medicament i la dosi, degudament signat pel metge).

SÍ	NO

Té totes les vacunes que li pertocquen per l'edat?

SÍ	NO

Sap nedar?

SÍ	NO

Podrà marxar sol/a al acabar l'hora dels adeus.

SÍ	NO

Autoritza a que vagi amb vehicles particulars en cas necessari.