

1r cognom	2n cognom	Nom	Any de Naix.

## AUTORITZACIÓ LEGAL

En/Na ..... amb DNI ..... com a mare/pare/tutor de ..... , autoritzo a que participi durant el curs 20.....-20..... en les activitats, sortides, excursions, colònies, campaments i rutes organitzades per l'Esplai Natzaret, federat al MCECC. Faig extensiva aquesta autorització a portar en cotxe a l'infant, si fos necessari, i a les decisions medicoquirúrgiques que calgués adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada. Accepto la cessió de les dades d'inscripció per la seva incorporació al fitxer de l'Esplai Natzaret i al de les entitats o empreses, que així ho requereixin, per la gestió de les beques, assegurances i subvencions de l'esplai. Em declaro també coneixedor i accepto els estatuts del centre, el seu ideari i el projecte educatiu.

I ..... autoritzo l'ús de la imatge del meu/meva fill/a en fotografies de les activitats de l'Esplai Natzaret, per la difusió d'aquest centre, ja sigui mitjançant el web o el Facebook de l'esplai, la revista de l'AMPA del Pare Manyanet, la revista del MCECC, cartells, tríptics o altres formats de promoció.

A Barcelona, ..... de ..... de 20.....

(Signatura mare-pare-tutor/a)

## DADES PERSONALS

Fotografia	<b>Adreça:</b>	
	<b>Població:</b>	<b>Codi Postal:</b>
	<b>Telèfon de Contacte 1:</b>	<b>Telèfon de Contacte 2:</b>
	<b>Mail 1:</b>	<b>Mail 2 (opcional):</b>
<b>Domicili pare/mare durant les colònies/campaments/ruta:</b>		
<b>Data Naixement:</b>	<b>Nombre de germans/es (inclòs):</b>	<b>Lloc que ocupa:</b>
<b>Nom Pare i Nom Mare:</b>	<b>Hi ha algun problema familiar? Quin?</b>	
<b>Escola:</b>	<b>Des de quan?</b>	<b>Ha afectat a l'infant?</b>
<b>Curs i Grup/Classe:</b>	<b>Ha repetit algun curs escolar? Quin?</b>	

**Nota:** S'ha de retornar amb **TOTS ELS CAMPS OMPLERTS**, juntament amb la **fotografia mida carnet**, **una fotocòpia de la targeta sanitària personal** i **una fotocòpia del carnet de vacunes**.

## FITXA MÈDICA

<b>Grup sanguini i RH:</b>	<b>Operacions patides</b> (marcar) Amígdales Apèndix Carnots Fimosi <b>Altres:</b>			
<b>Malalties passades</b> (marcar) Varicel·la Rubèola Xarampió Pneumònia Parotiditis (galteres) <b>Altres:</b>				
<b>Al·lèrgies</b> (marcar) Pols Pol·len Àcars Gats <b>Altres:</b>				
<b>Aliments? Quins?</b>		<b>Medicaments? Quins?</b>		
<b>Malaltia crònica</b> (marcar) Asma Diabetis Epilèpsia Hemofília <b>Altres:</b>				
<b>Dorm bé?</b> <b>Quantes h?</b>	<b>Té insomni?</b>	<b>Té enuresi nocturna?</b>	<b>Es mareja?</b>	<b>Sap nedar?</b>
<b>Menja bé?</b> (marcar)      Menja de tot    Menja massa    Menja molt poc    Va molt lent				
<b>Li costa:</b>		<b>Règim especial:</b>		
<b>Està acostumat/da a caminar?</b>	<b>Està en tractament psicològic? Per quin motiu?</b>		<b>Te por d'alguna cosa? De què?</b>	
<b>Té dificultats motrius? Quina?</b>	<b>Es posa malalt sovint? De què?</b>		<b>Té problemes de vista o oïda? Quins?</b>	
<b>Pren alguna medicina? Quina? Administració?</b> (cal adjuntar autorització de medicaments)				
<b>Autorització d'aplicació de productes sanitaris en cas de necessitat</b> (marcar)				
<input type="checkbox"/> Antisèptic Iodat		<input type="checkbox"/> Sèrum fisiològic		
<input type="checkbox"/> Linitul Blastoestimulina		<input type="checkbox"/> Repel·lent d'insectes		
<input type="checkbox"/> Esparadrap		<input type="checkbox"/> Productes per picades d'insectes		
<input type="checkbox"/> Vaselina i crema de cacau		<input type="checkbox"/> Crema antiinflamatòria		
<b>Observacions:</b>				

En/Na ..... certifica que ..... ha estat protegit/da amb les vacunes assenyalades en la normativa vigent, ha notificat mitjançant aquest document tota la informació mèdica rellevant de l'infant i autoritza l'aplicació dels productes indicats anteriorment en cas de necessitat.

A Barcelona, ..... de ..... de 20.....

(Signatura mare-pare-tutor/a)