

GRUP D'ESPLAI FENT CAMÍ

COLÒNIES CAL CANDI 2008



INSCRIPCIÓ

Nom i Cognoms				FOTOGRAFIA
Adreça		Núm.	Pis	
Població		Codi Postal		
Telèfon 1/de qui és /	Telèfon 2/de qui és /	Telèfon 3/de qui és /	Telèfon 4/de qui és /	
Adreça de correu electrònic				
Data de naixement		Edat	A quina escola vas?	curs
Nom de la mare		Nom del pare		
			Els pares viuen junts?	
			Si no hi viuen qui és el tutor/a	
Has anat altres vegades a colònies o campaments?				
Quant temps fa i on?				

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA

En/Na _____ amb DNI _____
 com a (1) _____ del nen/a _____
 l'autoritza a participar a les Colònies que es duran a terme del dia 1 al 10 d'agost de 2008 a la casa de colònies Cal Candi, al terme municipal de Vilada i que organitza el Grup d'Esplai Fent Camí de Berga. Així mateix autoritzo a l'esmentat grup a prendre qualsevol tipus de decisió mèdica en cas que les circumstàncies ho requereixin i amb l'assessorament adient.

(1) Pare, mare o tutor/a.

_____, a _____ de _____ de 2008
 (Signatura del pare, mare o tutor/a i DNI)

Donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, el **Grup d'Esplai Fent Camí** demana el consentiment als pares o tutors legals per poder realitzar i/o publicar fotografies on apareguin els seus fills o filles on aquests o aquestes siguin clarament identificables.

Autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies o vídeos corresponents a activitats organitzades pel Grup d'Esplai Fent Camí.

FITXA MÈDICA

Nom i Cognoms

Núm. del carnet del Servei Català de la Salut

Grup sanguini (si se sap)

Metge o pediatre de seguiment

Telèfon del metge

Té vertigen?

Es mareja fàcilment?

Sap nedar?

Té alguna al·lèrgia?

Quina?

Pateix sovint alguna d'aquestes malalties?

angines

faringitis

mal d'orella

asma

hemorràgies nasals

mal de queixal

constipats

insomni

restrenyiment

eneuresi nocturna

mal de cap

somnambulisme

altres

Té o ha tingut alguna malaltia greu?

Quina

Pren alguna medicació especial?

Quina i quina administració

Segueix algun règim alimentari especial?

Quin

Té les vacunes obligatòries per la seva edat ?

Està vacunat del tètanus?

Data de la vacuna

OBSERVACIONS

_____, a de _____ de 2008
(Signatura del metge/sa o del pare, mare o tutor/a i DNI)

* Recordeu que cal adjuntar una fotocòpia del carnet del Servei Català de la Salut i/o mútua i de la tarja de vacunacions