

# CASAL D'ESTIU 2015



## FULL DE DADES PERSONALS I AUTORITZACIONS

Ajuntament de la Pobla de Segur

### DADES PERSONALS

---

NOM I COGNOMS DEL NOI/A: \_\_\_\_\_

DATA DE NAIXEMENT: \_\_\_\_\_

ÉS SOCI DEL PATRONAT MUNICIPAL D'ESPORTS:  SÍ  NO

SAP NEDAR

EN SAP UNA MICA

NO EN SAP

### DADES DELS RESPONSABLES LEGALS

---

NOM DEL PARE/MARE/TUTOR/TUTORA: \_\_\_\_\_

ADREÇA: \_\_\_\_\_

PERSONA DE CONTACTE (si és necessari): \_\_\_\_\_

TELÈFONS DE CONTACTE: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CORREU ELECTRÒNIC: \_\_\_\_\_

### DADES MÈDIQUES:

---

Núm. targeta sanitària \_\_\_\_\_

Cal adjuntar fotocòpies

Disposa el noi/a d'alguna mútua mèdica privada? SI NO

En cas afirmatiu, quina? \_\_\_\_\_ Núm. afiliació: \_\_\_\_\_

#### Malalties que té sovint (encerclau la que convingui)

Mal de panxa	SI NO	Faringitis	SI NO	Enuresi	SI NO
Mal de cap	SI NO	Refredats	SI NO	Insomni	SI NO
Otitis	SI NO	Hemorràgies	SI NO	Mareigs	SI NO
Angines	SI NO	Es cansa amb facilitat	SI NO		

Té algun tipus d'al·lèrgia? SI NO A què? \_\_\_\_\_

S'ha posat totes les vacunes que li pertoquen segons el calendari de vacunacions? SI NO

Data de l'última dosi antitetànica: \_\_\_\_\_

Segueix alguna dieta o règim especial: SI NO Quin? \_\_\_\_\_

---

## **AUTORITZACIÓ ACTIVITAT**

---

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ com a  
pare/mare/tutor/tutora del noi/a \_\_\_\_\_ :

### **AUTORITZO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT A QUE EL MEU FILL/A:**

Participi en totes les activitats programades del Campus Esportiu Jove organitzat per l'Ajuntament de la Pobla de Segur; faci els desplaçaments a peu necessaris per realitzar aquestes activitats, es banyi en piscines públiques, rius o pantans i pugui ser acompanyat en vehicle privat, sempre i quan no es pugui fer en transport públic, assumint amb el meu consentiment i amb totes les conseqüències, qualsevol decisió presa, sempre que es pugui sota prescripció facultativa, que sobre ell/a s'hagi de prendre en cas de què es cregui necessari, responsabilitzant-me de qualsevol incidència que pogués esdevenir-se.

**Signatura:**

Pobla de Segur, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS**

---

Pateix actualment alguna malaltia? SI NO Quina? \_\_\_\_\_

Pren algun medicament? \_\_\_\_\_ Quina dosi? \_\_\_\_\_

**Autoritzo a l'equip de dirigents a administrar el medicament indicat amb la dosi especificada.**  
(L'equip de dirigents només podrà administrar medicació en cas d'haver-hi la recepta feta pel metge i l'autorització signada pels pares).

**Signatura:**

Pobla de Segur, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **AUTORITZACIÓ DE DRETS D'IMATGE**

---

Donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, l'Ajuntament de la Pobla de Segur demana el consentiment als pares o tutors legals per poder publicar i difondre fotografies, imatges, vídeos, i/o diapositives on apareguin els seus fills i filles, i on aquests o aquestes siguin clarament identificables. En cas de no signar, entendrem que no doneu el consentiment pertinent. Perquè així consti:

**Signatura:**

Pobla de Segur, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_