

## PROGRAMA D'OCI ACTIU: VOLS JUGAR AMB NOSALTRES?

### Fitxa d'inscripció i autorització

#### DADES DEL NEN/A PARTICIPANT

NOM \_\_\_\_\_ COGNOMS \_\_\_\_\_  
Edat \_\_\_\_\_ Adreça \_\_\_\_\_  
Número de la Seguretat Social \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓ MEDICA:

1.- MALALTIES: - Pateix alguna malaltia crònica? No  Si  Quina? \_\_\_\_\_  
Observacions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.- MEDICAMENTS: - Ha de prendre algun medicament? No  Si  Quin? \_\_\_\_\_  
Dosi diària: \_\_\_\_\_  
- És al·lèrgic a algun medicament? No  Si  A quin? \_\_\_\_\_  
Observacions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.- ALIMENTACIÓ: - És al·lèrgic a algun aliment? No  Si  A quin? \_\_\_\_\_  
Observacions: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DADES DEL TUTOR RESPONSABLE LEGAL

NOM \_\_\_\_\_ COGNOMS \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_  
1r. TELÈFON DE CONTACTE: \_\_\_\_\_ 2n TELÈFON DE CONTACTE \_\_\_\_\_

#### OBSERVACIÓ

En cas de malaltia comú o accident, els pares/tutors legals del participant hauran de venir a recollir-lo al lloc en que es trobi el seu grup a la seva activitat. Si no fos així, l'organització declina qualsevol tipus de responsabilitat vers les possibles conseqüències que pugui patir el participant.



## AUTORITZACIÓ

En na \_\_\_\_\_ com a tutor responsable legal del nen/a

faig constar que les dades del present document són correctes i que conec i accepto les condicions de funcionament del programa establertes per l'equip organitzador del programa així com el procediment a seguir en cas de malaltia comuna i/o accident.

Tanmateix autoritzo:

- Que sigui recollit o recollida en acabar l'activitat, per en/na \_\_\_\_\_, sota la seva total responsabilitat.
- Que vagi sol a casa en acabar l'activitat.

Sant Andreu de la Barca, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Signatura:

Data de baixa (a omplir en el moment en que es notifiqui): \_\_\_\_\_