

## FULL D'INSCRIPCIÓ

Jo (nom del pare/mare/tutor/a) \_\_\_\_\_,

amb DNI \_\_\_\_\_, autoritzo al meu fill/a \_\_\_\_\_

a assistir i participar a totes les activitats programades a les colònies eCAT 2020 que organitza el Club Atletisme Tarragona a Prades un total de \_\_\_\_\_ nits.

Faig extensiva aquesta autorització a totes aquelles decisions mèdico-quirúrgiques que fossin necessàries adoptar, sempre sota la direcció facultativa adequada, i en cas de necessitat autoritzo a poder traslladar amb cotxe el meu fill/a al centre mèdic més proper.

En cas de no poder venir a buscar el meu fill/a el dia de sortida, les següents persones estan autoritzades a recollir-lo/a:

\_\_\_\_\_

Observacions:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signatura del pare/mare/tutor/a:

**IMPORTANT:** Aquest full, junt amb la fitxa de salut, s'haurà de lliurar als monitors com a molt tard el 27 de març, havent fet el pagament segons les nits escollides.

## FITXA DE SALUT

DADES DEL MENOR:

Nom i cognoms: .....

Data de naixement: ...../...../.....

El meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/da d'acord amb el Calendari de Vacunacions :

SI       NO \*

En cas de faltar a alguna vacuna: Quina? .....

Data última dosi antitetànica: .....

Pateix alguna malaltia (asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc)?

SI       NO

En cas afirmatiu, quina: .....

LI PASSA SOVINT? (marcar amb una X, i en cas afirmatiu explicar):

	SI	NO	OBSERVACIONS
Mal de panxa			
Mal de cap			
Otitis			
Angines			
Faringitis			
Refredats			
Hemorràgies			
Enuresi/ Encopresi			
Insomni			
Mareig			
altres			

Sap nedar?       SI       NO

Segueix algun règim alimentari especial?       SI       NO

Quin?:.....

.....

\* DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT

Jo, ....., amb DNI .....,  
pare/mare/tutor del Nen/a ....., signant al final  
d'aquest document, em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències  
derivades de la presumible NO VACUNACIÓ del meu fill/a per a la inscripció a l'activitat Colònies eCAT  
2020, exonerant al Club Atletisme Tarragona, els responsables i l'equip de l'activitat de qualsevol  
responsabilitat per aquest motiu.

Pateix alguna al·lèrgia:  SI  NO

En cas afirmatiu, a què, i com es tracta en cas d'estar en contacte: .....  
.....  
.....  
.....

**MEDICACIÓ:**

Pren alguna medicació?  SI  NO

En cas afirmatiu: Quina/es?.....  
.....

Quina dosi? .....

Observacions:.....  
.....

**Cal donar als monitors la medicació en una bosseta etiquetada amb el nom del nen.**

En cas de ferida lleu, autoritzo els/les caps a subministrar Clorhexidina  SI  NO  
(Cristalmina):

En cas de febre alta, dolor menstrual o mal de cap autoritzo els/les caps a  SI  NO  
subministrar Ibuprofèn/ Paracetamol :

En cas afirmatiu d'alguna de les dues anteriors, el pes del menor és de :.....Kg

A, ....., a data ..... de ..... de 2020

Nom: .....DNI: .....

Signatura/autorització:

<b>INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES</b>	
Responsable	CLUB ATLETISME TARRAGONA
Finalitat	Autorització participació activitat extraordinària.
Legitimació	El tractament és necessari per l'execució d'un contacte del que l'interessat és part o per l'aplicació a petició d'aquestes mesures precontractuals. El tractament és necessari pel compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. L'interessat presta el seu consentiment per una o diverses finalitats específiques.
Destinatari	No es cediran dades a tercers, tret obligació legal i la pròpia de l'activitat.
Drets	Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, així com altres drets, pels mitjans establerts.
Informació addicional	Pots consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la nostra pàgina clubatletismetarragona.cat