

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 2018* que
organitza el Club Atletisme Tarragona a Poblet 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 divendres 16 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)?

NO SI

En cas afirmatiu, quina:

MALALTIES QUE TÉ SOVINT		(marcar amb una X i explicar)
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi		
Insomni		
Mareigs		
Altres		

Pren alguna **medicació**? NO SI

Cas afirmatiu: Quina?..... Quina dosi?

Segueix algun **règim alimentari** especial? NO SI 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 ala inscripció a l'activitat Colònies eCAT 2018, exonerant al Club Atletisme Tarragona, els responsables i l'equip de l'activitat de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Pateix alguna **al·lèrgia**: NO SI

En cas afirmatiu: la seva reacció al·lèrgica és:

.....

Cal procedir:

.....

En cas de ferida lleu, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

Medicament	Nom del medicament	Altres
Betadine	Iode	

En cas de febre alta, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

Medicament	Nom del medicament	Quantitat del medicament	Edat del menor	Pes del menor
Dalsy	Iburprofè			
Apiretal	Paracetamol			

En cas de dolor menstrual, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

Nom del medicament	Quantitat del medicament	Edat del menor	Pes del menor
Iburprofè			
Paracetamol			

A,, a data de de 2018

Signatura/autorització:

Nom:

DNI:

Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades personals incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb el CLUB ATLETISME TARRAGONA seran incorporades en un fitxer propietat del CLUB ATLETISME TARRAGONA, amb la finalitat de garantir el benestar dels menors en les activitats de l'entitat.

En tot cas, podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació o oposició, dirigint-se per escrit a CLUB ATLETISME TARRAGONA, c/ Josep Pla Casadevall 7, baixos, 43007 Tarragona.

Assabentat i conforme amb l'exposat en els apartats anteriors, vostè consent i autoritza expressament a CLUB ATLETISME TARRAGONA per tractar les dades personals que voluntàriament facilita segons les finalitats exposades en aquest escrit.