

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 2023 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 24 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	N O	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

2023 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 Ibuprofè/ Paracetamol :

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

A,, a data de de 2023

Nom:DNI:

Signatura/autorització:

INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES	
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

