

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 2019* que
organitza el Club Atletisme Tarragona a Tamarit 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 5 d'abril, 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:

LI PASSA SOVINT?		(marcar amb una X en cas afirmatiu, i explicar)
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi / encopresi		
Insomni		
Mareigs		
Altres		

Sap nedar?

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 2019, 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

Al·lèrgia a (pol·len, insectes, aliments, medicaments...):

.....

.....

Pren alguna **medicació**? NO SI

Cas afirmatiu: Quina?.....

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 (ratllar en cas contrari):

Medicament	Nom del medicament	Altres
Clorhexidina	Cristalmina	

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

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

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

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

A,, a data de de 2019

Nom..... DNI:

Signatura/autorització:

INFORMACIÓ BÀSICA DE PROTECCIÓ DE DADES	
Responsable	Club Atletisme Tarragona
Finalitat	Colònies esportives
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 procontractuals. El tractament és necessari pel compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. L'interessat presta el seu consentiment per una o varies finalitats específiques.
Destinatari	No es cediran dades a tercers, tret d'obligació legal i la pròpia de l'activitat amb federacions i consells esportius
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