

Tipus d'activitat: Colònia Campaments Casal Camp de treball

Durada: del dia del mes de/d' al dia del mes de/d'

SOL.LICITUD (a signar pel nen o nena)

El nen/a de.....anys d'edat,
nascut a el dia de/d' de,
que visc a en el carrer, número,
amb codi postal nº....., telèfon número., correu electrònic del nen/a..... i
correu electrònic dels pares

SOL.LICITA: assistir a les activitats d'estiu

Signatura de l'interessat

AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR

En/Na
amb DNI número com a pare, mare o tutor responsable del nen/a
.....

AUTORITZA: A que pugui assistir a l'activitat d'estiu esmentat anteriorment, i que en cas d'urgència pugui ésser atès mèdicament, degudament internat, i intervingut quirúrgicament sota la direcció del facultatiu competent.

Signatura del pare, mare o tutor

CERTIFICACIÓ MÈDICA (a omplir pel metge)

El/La Dr./a, Llicenciat en Medicina, Col·legiat amb
el número

CERTIFICA: Que el nen/a reuneix tots els requisits necessaris de vacunació (polio, diftèria, tètanus, tosferina, sarampio, rubèola, parotiditis i tifus), i es troba en les degudes condicions per a assistir a l'activitat d'estiu esmentada anteriorment.

Signatura del metge

• **Cal portar fotocòpies de:**

- La llibreta de la Seguretat Social (on consta nen/a) i Targeta Sanitària del nen/a
- Llibre de vacunes

PERMÍS D'IMATGE

NOM _____
amb DNI _____ com a pare, mare o tutor del
nen _____.

AUTORITZO que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies corresponents a activitats d'esplai organitzades pel Patronat de Pares de Família-Parròquia de Sarrià de Ter i exposades en els seus locals, revista de Sarrià, propagandes de l'esmentada entitat o altres publicacions d'àmbit educatiu.

SIGNATURA

Sarrià de Ter, _____

FITXA SANITÀRIA

DADES D'IDENTIFICACIÓ

* Nom i cognoms:

* Número de la cartilla de la SS:

* Telèfons de contacte:.....

.....

* Nom del pediatre i lloc on l'atén.....

ANTECEDENTS PERSONALS DE SALUT

* Menja de tot? Sí/No

*Segueix o ha de seguir algun règim alimentari? Sí/No

* Quin?

* Al·lèrgies: (pols, medicaments, aliments, picades d'insectes,...)

* Malalties cròniques:

- Cor: problemes cardíacs,...
- Respiratòries: asma, bronquitis,...
- Sistema psico-nerviós: enuresi, epilèpsia, somnambulisme...
- Aparell locomotor: limitacions de la mobilitat actual (fractures, esquinços,...)
- Sistema Endocrí: diabetis,...
- Malalties infeccioses: hepatitis,...
- ...

* Es mareja amb facilitat?

* Pateix actualment alguna malaltia que s'hagi de tractar? Sí/No Quina?

* Medicament que ha de prendre durant l'activitat i motiu: (dies, horari i número de preses,...)

ALTRES OBSERVACIONS:

.....

.....

.....

.....

.....