

N Insc.	1er Cognom	2on Cognom	Nom	Edat

AUTORITZACIÓ PATERNA (a omplir pels pares o tutors legals)

En/Na _____ amb N.I.F. nº _____ com a pare, mare o tutor/a d'en/na _____ autoritza a participar a les colònies d'estiu durant els dies _____ al _____ que fa l'Associació Esplai Natzaret i Betània durant el curs _____. Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada. També autoritza a l'entitat a traslladar al pacient en el vehicle que es consideri oportú.

Barcelona a ____ d _____ de 20 ____
(Signatura del pare, mare o tutor legal)

Alhora, fa extensiva l'autorització a:

Autoritza No autoritza

A fer fotografies on aparegui de manera identificable el nen/a i fer un posterior ús a la pàgina web de l'entitat, així com a fer-les servir per a difusió de l'entitat

DADES PERSONALS

Numero S.S. _____
 Domicili _____
 Telèfon _____
 Mòbil _____
 E-mail _____
 Població _____
 D.P. _____ Província _____
 Data Naixement _____
 Nom dels Pares _____
 Nombre de germans _____ germanes _____
 Lloc que ocupa _____
 Domicili dels pares durant la colònia (només indicar-ho si és diferent a l'habitual) _____

ADMINISTRACIÓ

Documents aportats	X
NIF Signant	
Seguretat Social	
Targeta de Vacunacions	

Concepte	Quantitat	Data
Import Total		

OBSERVACIONS

FITXA SANITARIA

SALUT

Pateix alguna malaltia? _____

Te problemes amb la vista i l'oïda _____

Esta prenent alguna medicina ? ____ Quina? _____

Medicació a seguir : _____

FISICA

Es fatiga fàcilment SI NO Es mareja fàcilment SI NO

En relació a la seva edat es un nen que menja POC MOLT NORMAL

Sap nedar SI NO

Es hàbil ? SI NO

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc)? Quina ? _____

Fa algún regim especial SI NO

Quin ? _____

AL.LERGIES

Pateix alguna al.lèrgia ? ____ A què ? (Medicines, Aliments, ...) _____

Observacions

CERTIFICAT DE REVISIÓ MEDICA (signat pels pares o metge)

En/Na _____

certifica que l'infant _____

_____ ha estat protegit amb les vacunes assenyalades en la normativa vigent.

_____ a ____ d _____ de 20 ____
(Signatura del pare o mare)

El Sr/Sra _____ llicenciat/da en medicina i cirurgia, col·legiat amb el numero _____, fa constar que ha reconegut al nen/a _____ amb el següent resultat :

_____ a ____ d _____ de 20 ____
(Signatura del metge)