

FOTO

DADES PERSONALS

Nom: _____ Llinatges: _____

Edat: _____ Data de naixement: _____

DADES FAMILIARS

Nom del pare: _____ Nom de la mare: _____

Nom del tutor/turora: _____

Nombre de germans i lloc que n'ocupa: _____

Adreça: _____

Població: _____ Codi postal: _____

Telèfons de contacte: _____

Telèfon per urgències durant l'activitat: _____

Adreça dels pares durant l'activitat (si és distinta a l'habitual):

Correu electrònic: _____

Persones autoritzades a recollir-lo/la (nom complet i DNI):

SALUT

Estat actual: _____

Te cap malaltia (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes quirúrgics, etc)?

Te problemes de visió o d'oïda? _____

Te cap disminució física, psíquica o sensorial? _____

Te cap dificultat motriu (peus plans, escoliosi severa, etc)?

Dorm be? _____ Quantes hores sol dormir? _____

Te insomni? _____

Menja: DE TOT - POQUES COSES // MOLT - POC

Segueix cap règim especial? _____

Es fatiga fàcilment? SI - NO Es mareja amb facilitat? SI - NO
Sap nedar? SI - NO Nivell (de 0 a 10): _____
Te enuresi? SI - NO Te encopresi? SI - NO
Es posa malalt/a amb frqüència? De que? _____
Ha començat el cicle menstrual? SI - NO
Pren cap medicament? SI - NO
Pautes d'administració: _____
Quelcom més a destacar? _____

AUTORITZACIÓ PATERNA

En/na _____ amb DNI _____ com
a _____ de _____ l'autoritza a
participar a les colònies d'estiu que organitza el Casal de Joves de Tramuntana l'estiu de 2014, i
fa extensiva aquesta autorització a les decisions educatives i medicoquirúrgiques que fos
necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada.

_____, _____ d _____ de 2014

(signatura del pare/mare/tutor legal)

AUTORITZACIÓ PER A MEDICACIÓ ESPECÍFICA

En/na _____ autoritza al Casal de Joves de Tramuntana a
administrar a _____ la medicació _____
amb la freqüència de _____.

_____, _____ d _____ de 2014

(signatura del pare/mare/tutor legal)