|  |  |
| --- | --- |
| **FITXA D’INSCRIPCIÓ CASAL ESTIU MAINADA 2025** | |
| ***DADES MAINADA*** | |
| **Nom** |  |
| **Cognoms** |  |
| **Edat** |  |
| **Data de naixement** |  |
| **Domicili** |  |
| **Població** |  |
| **Quinzenes / Mes sol·licitats** |  |
| ***DADES DE LA FAMÍLIA*** | |
| **Mare/pare o tutor/a** | |
| **Nom** |  |
| **Cognoms** |  |
| **Telèfon de contacte** |  |
| **Correu electrònic** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mare/pare o tutor/a** | |
| **Nom** |  |
| **Cognoms** |  |
| **Telèfon de contacte** |  |
| **Correu electrònic** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***FITXA DE SALUT*** | |
| **Segueix o ha de seguir algun règim alimentari? Quin?** |  |
| **Té alguna necessitat psicomotriu?** |  |
| **Sap nedar?** |  |
| **Es fatiga fàcilment?** |  |
| **Es mareja amb facilitat?** |  |
| **Es posa malalt/a amb freqüència? De què?** |  |
| **Té alguna al·lèrgia (pols, medicaments, aliments, picades d’insecte…)?** |  |
| **Té alguna malaltia crònica (asma, epilèpsia…)?** |  |
| **Té totes les vacunes que corresponen a la seva edat? En cas negatiu, indiqueu quines falten.** |  |
| **S’ha de prendre algun medicament? En cas afirmatiu, indiqueu horaris i quantitats.** |  |
| **Observacions (indiqueu qualsevol altre qüestió que considereu necessària)** |  |

**AUTORITZACIÓ PARTICIPACIÓ** (a omplir per el pare, mare o tutor/a)

Jo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb DNI

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* autoritzo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a

participar al Casal d’Estiu organitzat per l’Ajuntament de Viladamat.

**Tanmateix autoritzo expressament que:**

• Pugui ser atès/a per un metge en cas d’accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d’urgència.

• El personal responsable d’aquesta activitat el/la pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

**Indiqueu responent amb “si” o “no”**

* La seva imatge pugui aparèixer en fotografies i vídeos corresponents a activitats programades i organitzades pel Casal d’Estiu i ser utilitzades en xarxes socials o campanyes publicitàries del Casal:

**Resposta**:

* Marxa sol/a a casa:

**Resposta**:

* El personal responsable d’aquesta activitat li pugui administrar, si ho creu necessari, els següents medicaments: *Cristalmina*, *Ibuprofè/Dalsy*, *Afterbite* i *Silvederma*

**Resposta**:

**En cas afirmatiu indiqueu el pes del/la participant en KG:**

**AUTORITZACIÓ FITXA SALUT**

Jo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro que són certes les

afirmacions que he respost a la fitxa de salut del Casal d’Estiu de Viladamat.

**Signatura de la mare, pare o tutor/a**

**Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_**