

# ESTADES ESPORTIVES PMET

nom i cognoms:  data naixement:

tel.1:  tel.2:  correu electrònic:

## FITXA DE SALUT

Pateix alguna malaltia (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc.)?

.....  
.....

Té problemes amb la vista o l'oïda? Quins? .....

Té alguna disminució?  No  Sí De quin tipus?  física  psíquica  sensorial

Quina? .....

Té algun problema de mobilitat? .....

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc)?  No  Sí Quina? .....

Es fatiga fàcilment?  No  Sí És hàbil?  No  Sí Dorm bé?  No  Sí

Quantes hores dorm normalment?.....Té problemes d'enuresi?  No  Sí  diürn  nocturn

Menja:  de tot  algunes coses Quantitat:  molt  poc

Es mareja amb facilitat?  No  Sí Sap nedar?  No  Sí

Es posa malalt/a amb freqüència?  No  Sí De què? .....

Pren alguna medicació especial?  No  Sí Quina?.....

.....

Segueix algun règim especial?  No  Sí De quin tipus? .....

.....

**CAL APORTAR FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA EL PRIMER DIA DE LES ESTADES**

### AUTORITZACIÓ PATERNA (a omplir pels pares, mares o tutors)

En/na....., amb DNI núm....., autoritzo el meu fill/a ..... a assistir a les Estades Esportives d'Estiu organitzades pel Patronat Municipal d'Esports de Tarragona i a les sortides en la zona que corresponguin al seu grup.

Faig extensiva aquesta autorització per a les decisions medico-quirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent. Així com l'acompanyament per part dels/les monitors/es al centre mèdic en el vehicle propi si fora necessari.

....., a.....de.....de 2015

**SIGNATURA del pare/mare/tutor/a**

Les dades de caràcter personal que ens ha proporcionat, incloses aquelles que siguin en suport gràfic, fotogràfic, sonor, videogràfic o de qualsevol altre naturalesa, seran tractades i incorporades en un fitxer responsabilitat del PATRONAT MUNICIPAL D'ESPORTS DE TARRAGONA. Així mateix autoritza a la publicació de les fotografies dels grups i al lliurament d'aquestes a la resta de pares del grup. Conforme allò disposat en els articles 15 i 16 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, li informem que pot exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició en C/ Riu Siurana s/n, 43006 TARRAGONA.

# ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Segons el Departament d'Educació, els criteris per administrar medicació són els següents:

Cal que el pare, mare o tutor legal del nen/a aporti:

1.- Una recepta o informe del metge o metgessa on hi consti el nom del participant, la pauta/dosi i el nom del medicament que s'ha de prendre.

2.- Un escrit on es demani i s'autoritzi al personal de les Estades, que administri al fill o filla la medicació prescrita, sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari del desenvolupament de l'activitat. (Aquest escrit és el que s'adjunta a sota).

**NO PODREM ADMINISTRAR CAP MEDICAMENT ALS MENORS SENSE ELS DOS DOCUMENTS ESMENTATS.**

## AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na .....amb DNI .....

i com a pare/mare/tutor/a del nen/a .....

**DEMANO i AUTORITZO** a la persona responsable del/la menor que administri la medicació necessària indicada pel metge **mitjançant recepta i EM FAIG**

**RESPONSABLE** com a pare/mare/tutor/a legal del/la menor en cas de produir-se efectes secundaris de qualsevol mena per causa de l'esmentada medicació.

SIGNAT

.....a.....de.....de 2015