

ESTADES ESPORTIVES

Nom i cognoms: Data naixement:

tel.1: tel.2: email:

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 2017

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 2017