



FITXA DE SALUT PEL CASAL D'ESTIU DE LLEURE 2014 ORGANITZAT PER L'AJUNTAMENT DE MONTBRIÓ DEL CAMP

Nom i cognoms: _____

Data de naixement: _____

Pateix alguna malaltia o al·lèrgia? SI NO

Quina? _____

Té algun problema alimentari? SI NO

Quin? _____

Segueix alguna dieta? SI NO

Quina? _____

Pren algun medicament? SI NO

Quin? _____

Hores en què se li ha de donar

- ➔ Cal aportar fotocòpia de la recepta mèdica
- ➔ Cal adjuntar una fotocòpia de la targeta sanitària o equivalent

En cas d'haver de contactar amb urgència durant la realització de l'activitat, indiqueu:

Telèfon.....demandar per.....

Telèfon.....demandar per.....

Telèfon.....demandar per.....

Signatura del pare/mare/tutor legal



AUTORITZACIÓ PEL CASAL D'ESTIU DE LLEURE 2014

A MONTBRIÓ DEL CAMP

En/Na _____ amb DNI _____

com a pare/mare/tutor legal del nen/a _____

Marca les opcions amb una creu.

- Dono la meva autorització per a que el meu fill/a participi en el Casal d'Estiu de Lleure 2014 i en les diferents activitats incloses en la programació d'aquest Casal.
- Dono la meva autorització per a què el meu fill/a sigui traslladat i atès en un centre sanitari en cas d'accident
- Dono la meva autorització per a què la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies o vídeos fets duran l'activitat i que després puguin ser publicats en la revista municipal.

Montbrió del Camp,de.....del 2014

Signatura del pare/mare/tutor legal