



FULL DE MATRÍCULA

ESCOLETES D'ESTIU MONCOFA

NO REOMPLIR

DADES PERSONSALS DEL XIQUET/A

NOM COGNOMS

DATA DE NAIXEMENT/...../..... CURS ESCOLAR

DADES DEL PARE/MARE/TUTOR/A

NOM COGNOMS

DNI EMAIL

TELÈFONS 1. 2.

ADREÇA

LOCALITAT.....

SERVEI D'ACOLLIDA

ACOLLIDA MATINERA (1)
(DE 8.00 H A 9.00 H)

AVÍS EN CAS D'URGÈNCIA

EN CAS DE NECESSITAT DE CONTACTE URGENT DURANT EL TRANCURS DE L'ACTIVITAT, AVISEU

A:.....

PARENTIU: TELÈFON:

AUTORITZACIÓ MARE/PARE/TUTOR/A

EN/NA/N'

AUTORITZE AL MEU FILL/A

A ASSISTIR A L'ESCOLETA D'ESTIU DE MONCOFA, D'ACORD A LES CONDICIONS ESTABLIDES EN LA CONVOCATÒRIA I ACREDITE QUE LES SEUES CONDICIONS FÍSiques SANITÀRIES SÓN APTES PER A PARTICIPAR EN L'ACTIVITAT, AIXÍ COM QUE SÓN VERTADERES TOTES LES DADES INDICADES. A MÉS, AUTORITZE EL TRASLLAT MÈDIC DEL MEU FILL/A EN CAS D'ACCIDENT I INTERVENIR QUIRÚRGICAMENT O PRENDRE QUALSEVOL ALTRA DECISIÓ MÈDICA PER PART DEL CORRESPONENT EQUIP MÈDIC, EN CAS D'URGÈNCIA. TAMBÉ AUTORITZE A BANYAR-SE EN PLATGES PÚBLIQUES, REBRE PETITES CURES I MEDICAMENTS COM ANALGÈSICS, ANTIPIRÈTICS I ANTIINFLAMATORIS, DE FORMULACIÓ INFANTIL I QUE ES LLIUREN SENSE RECEPTA, PER PART DELS DIRIGENTS. I PER A FINALITZAR, DONE EL MEU CONSENTIMENT PERQUÈ EL MEU FILL/A SIGA FOTOGRAFIAT O FILMAT DURANT LES ACTIVITATS REALITZADES EN L'ESCOLETA PER A ÚS EXCLUSIU D'AQUESTA ACTIVITAT, AIXÍ COM AUTORITZE A REALITZAR TOTES LES EIXIDES PROGRAMADES A L'ESCOLA D'ESTIU.

SIGNAT

DATA/...../201.....

DOCUMENTACIÓ

- FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA **(OBLIGATORI)**
- FOTOCÒPIA DEL CARNET DE VACUNACIONS **(OBLIGATORI)**
- (1) CERTIFICAT JORNADA LABORAL **(OBLIGATORI SI ES SOL·LICITA ACOLLIDA MATINERA)**

NOMÉS S'ADMETRAN LES INSTÀNCIES QUE PRESENTEN TOTA LA DOCUMENTACIÓ



FITXA MÈDICA

DADES FACULTATIVES

| | SI | NO | ESPECIFICA TIPUS |
|---------------------------------------|----|----|------------------|
| AL·LÈRGIC ALS ANTIBIÒTIC | | | |
| AL·LÈRGIC A ALTRES MEDICAMENTS | | | |
| AL·LÈRGIES COMUNES | | | |
| AFECCIONS COMUNES | | | |
| SEGUEIX ALGUN TRACTAMENT | | | |

| | |
|--|--|
| MALALTIES PASSADES RELLEVANTS. TIPUS I DATA | |
| VACUNA ANTITETÀICA . DATA ÚLTIMA PRESA | |

ALTRES DADES D'INTERÈS QUE DESITGES CONSTATAR

| |
|--|
| |
|--|

ASPECTES NUTRICIONALS

| | SI | NO | ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA |
|----------------------------|----|----|---------------------------------------|
| CELÍAC | | | |
| DIETES ESPECÍFIQUES | | | |

ASPECTES FÍSICS

| | SI | NO | ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA |
|---|----|----|---------------------------------------|
| POT REALITZAR QUALSEVOL ACTIVITAT FÍSICA AMB NORMALITAT | | | |
| SAP NADAR CORRECTAMENT | | | |

ALTRES DADES D'INTERÈS QUE DESITGES CONSTATAR

| |
|--|
| |
|--|

ANNEX

| | SI | NO |
|--|----|----|
| EL MENOR AL QUE PERTANY LA PRESENT FULLA DE MATRICULA, TÉ UN GRAU DE DISFUNSIÓ FUNCIONAL IGUAL O MAJOR DE 33% , AMB NECESSITATS D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZADA PER A UNA CORRECTA ADAPTACIÓ EN L'ACTIVITAT, APORTANT PER AÇÒ LA DOCUMENTACIÓ QUE HO CERTIFICA. | | |

DATA I SIGNATURA DEL PARE/MARE/TUTOR/A: