



FULL DE MATRÍCULA

ESCOLA D'ESTIU LES USERES

NO REOMPLIR

DADES PERSONALS 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.....

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, D'ACORD A LES CONDICIONS ESTABLIDES EN LA CONVOCATÒRIA I ACREDITE QUE LES SEUES CONDICIONS FÍSQUES 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 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'ESCOLETA.

SIGNAT

DATA/...../202.....

DOCUMENTACIÓ

FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA **(OBLIGATORI)**

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 ANTITETÀNICA . 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			

ALTRES DADES D'INTERÈS QUE DESITGES CONSTATAR

--

ANNEX

EL MENOR, AL QUAL PERTANY EL PRESENT FULL DE MATRÍCULA, TÉ UN GRAU DE DISFUNCIO FUNKIONAL IGUAL O MAJOR DE 33%, AMB NECESSITATS D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZADA PER A UNA CORRECTA ADAPTACIÓ EN L'ACTIVITAT, I APORTA PER AÇÒ LA DOCUMENTACIÓ QUE HO CERTIFICA.	SI	NO
---	----	----

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