



INSCRIPCIÓ CAMPAMENTS ESTIU 2019

C/ del Bruc 9
08700 - Igualada

Curs escolar :

FOTO

NOM:

COGNOMS :

ADREÇA:

POBLACIÓ: C.P :

TELÈFON:

DATA DE
NAIXEMENT :

AUTORITZACIÓ PARE / MARE O TUTOR

En / Na _____ amb D.N.I. núm: _____
autoritza el / la seu/va fill/a _____ a assistir a l'activitat
sol·licitada segons les condicions establertes, de l'1 (Llops i Ràngers) o 7 (Castors) al 14 de juliol de
2019 a Erill la Vall (Vall de Boí – Alta Ribagorça). Fa extensiva aquesta autorització a les decisions
medico-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció
facultativa. Així mateix, el sotasignat declara que la persona interessada no presenta cap dificultat que
impedeixi una normal relació en comunitat.

Manifesto que autoritzo a l'A.E. Torxa a publicar i exposar, quan escaigui, fotografies que aparegui el/la nen/a i
que corresponguin a activitats de l'Agrupament, sense que entengui vulnerat el seu dret a la pròpia imatge,
reconegut per la Constitució i per la Llei O. 1/1982, de 5 de maig sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i
familiar i a la pròpia imatge i la seva modificació per la Llei 3/1985, de 29 de maig.

_____, a _____ de _____ de 2019

Signatura de la persona que fa l'autorització.

CONTACTE EN CAS D'URGÈNCIA

Durant l'activitat, en cas d'urgència, cal avisar a:

Nom :	Cognoms :		
Adreça :	Tel :		*
Nom :	Cognoms :		
Adreça :	Tel :		*
Nom :	Cognoms :		
Adreça :	Tel :		*

*Ompliu la casella posant si és un telèfon particular o si és el del lloc de treball.

INFORMACIÓ BÀSICA DE L'INFANT (Fer un cercle al voltant de la correcta)

Es mareja amb facilitat SI NO A, les excursions, es cansa molt aviat SI NO

Porta ulleres SI NO porta lents SÍ NO porta plantilles SI NO

Sap nedar SI NO Es posa malalt freqüentment SI NO

Encercleu les caselles de les malalties que pateix més freqüentment

angines faringitis refredats mal de queixal empatxos diarrees restrenyiment

reumatisme asma mals de cap insolació

Altres

pateix hemorràgies nasals SI NO Insomni SI NO

Té enuresi SI NO Està sota algun règim alimentari SI NO
nocturna

Quin i per què

Pren algun medicament SI NO Quin

Dosi i administració

És al·lèrgic SI NO A què

Pren algun medicament per l'al·lèrgia SI NO Quin

Ha estat intervingut SI NO De
quirúrgicament què

Especifiqueu si té minusvalideses remarcables

En quantes ocasions ha anat a colònies (3 dies o més) i campaments (6 dies o més)

Participa habitualment en les activitats d'algun grup de lleure o d'esport (escoltisme, esplai, equip esportiu, etc) SI NO Quin?

Número d'afiliació a la seguretat Social del cap de família (s'entén que el nen o la nena n'és beneficiari)

està en possessió d'alguna altra assegurança SI NO

Nom de la companyia Núm. de
pòlissa

Signatura pare, mare o tutor.

DATA LÍMIT PER ENTREGAR LA INSCRIPCIÓ: DIA 9 DE JUNY del 2019. ALS MONITORS DURANT EL CAU O A LA BÚSTIA DE L'AGRUPAMENT. CAL PORTAR :

- AQUEST FULL D'INSCRIPCIÓ.

- RESGUARD DE L'INGRÉS BANCARI.
ES19-0182-8113-86-0201540582 (BBVA)

- FULL SIGNAT D'AUTORITZACIONS DIVERSES

- 1 FOTOGRAFIA

Activitat amb el suport de:

