

FULL D'INSCRIPCIÓ
AUTORITZACIÓ MATERNA I PATERNA

Nosaltres, (nom del pare i de la mare) _____
i _____ amb DNIs (del pare i de la mare)
_____/_____ que autoritzem al
nostre/a fill/a (nom del nen/a) _____ a
assistir a les Colònies d'estiu organitzades per l'Associació de Joves Esplai La
Costereta de Bell-lloc d'Urgell del 20 al 31 de juliol de 2016, fem extensiva aquesta
autorització a:

- que el/la nostre/a fill/a participi en totes les activitats planificades, incloses les sorties i excursions,
- que es pugui traslladar al nostre/a fill/a en cotxe particular en cas d'emergència i/o en cas que sigui estrictament necessari pel bon funcionament de les colònies,
- que el/la nostre/a fill/a pugui rebre dels/de les monitors/es de les colònies, els medicaments que li han estat prescrits facultativament i que hauran d'anar acompanyats de la recepta corresponent,
- les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa adequada,
- que la imatge del/de la nostre/a fill/a pugui aparèixer en fotografies i/o audiovisuals realitzats durant les activitats, i publicades en espais i formats propietat de l'Associació de Joves Esplai La Costereta de Bell-lloc d'Urgell.

A més, comuniquem que estarem localitzables als telèfons de contacte:

_____/_____/_____

La nostra adreça de correu electrònic és _____.

(Lloc i data) _____, _____ de _____ de 2016.

Signatura del pare:

Signatura de la mare:

* Aquest full d'inscripció ha d'estar signat tant pel pare com per la mare.

FULL D'INSCRIPCIÓ
DADES DEL NEN O DE LA NENA

DADES PERSONALS

Nom i cognoms: _____

Data de naixement: _____

Adreça: _____

Població: _____

CP: _____

Curs: _____

Centre Educatiu: _____

MÉS INFORMACIÓ

Vindran els teus amics a les colònies? Si / No

Qui són? _____

MARCA AMB UNA CREU:

És el primer any que vinc a les colònies.

Havia vingut altres anys i tenia el número _____.

DADES MÈDIQUES

Protegit/da amb les vacunes assenyales en la normativa vigent?

Si / No

Al·lèrgies i/o altres malalties d'interès i tractament:

ALTRES

Es fatiga fàcilment? Si / No

Dorm bé? Si / No Té insomni? Si / No

Té problemes d'enuresi? Si / No

Segueix algun règim especial? Si / No

Quin? _____

Signatura del nen/a:
