|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FITXA D’INSCRIPCIÓ CASAL D'ESTIU VILADAMAT 2020** | | |
| ***DADES DE L’INFANT*** | | **Fotografia** |
| **Nom** |  |
| **Cognoms** |  |
| **Edat** |  |
| **Data de naixement** |  | |
| **Domicili** |  | |
| **Població** |  | |
| **Digues quines quinzenes o mesos t’interessa inscriure al teu fill/a** |  | |
| ***DADES DE LA FAMÍLIA*** | | |
| **Mare/pare o tutor/a** | | |
| **Nom** |  | |
| **Cognoms** |  | |
| **Telèfon de contacte** |  | |
| **Correu electrònic** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mare/pare o tutor/a** | | |
| **Nom** |  | |
| **Cognoms** |  | |
| **Telèfon de contacte** |  | |
| **Correu electrònic** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTACIÓ QUE ADJUNTO A LA INSCRIPCIÓ** | | |
| ***Marcar*** *amb un “SI” o un “NO”la documentació que s’adjunta amb la inscripció* | | |
| **Fotocòpia de la targeta sanitària i (si ho creieu necessari) de la mútua d’assegurances** |  | |
| **Declaració responsable firmada** |  | |

**Autorització de participació** (a omplir per el pare, mare o tutor/a)

Jo, *(nom i cognoms)* com a *(pare, mare o tutor/a)* amb DNI *(de la persona que autoritza)* autoritzo a *(nom i congoms del fill/a)* a participar al Casal d’Estiu organitzat per l’Ajuntament de Viladamat.

**Tanmateix autoritzo expressament que:**

• Pugui ser atès/a per un metge en cas d’accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d’urgència.

• El personal responsable d’aquesta activitat el/la pugui acompanyar usant un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

**Indiqueu responent amb “si” o “no”**

* La seva imatge pugui aparèixer en fotografies i vídeos corresponents a activitats programades i organitzades pel Casal d’Estiu i ser utilitzades en xarxes socials o campanyes publicitàries del Casal:

**Resposta**:

* Torni sol/a a casa un cop finalitzada l’activitat.

**Resposta**:

* El personal responsable d’aquesta activitat li pugui administrar, si ho creu necessari, els següents medicaments: *Cristalmina*, *Ibuprofè/Dalsy*, *Afterbite* i *Silvederma*

**Resposta**:

**En cas afirmatiu indiqueu el pes del/la participant en KG:**

**Signatura del pare, mare o tutor/a**

**Data**: 00/00/0000

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***FITXA DE SALUT*** | | |
| *Donada la situació actual, és important que contesteu totes les preguntes en cas afirmatiu o negatiu.* | | |
| **Segueix o ha de seguir algun règim alimentari? Quin?** |  | |
| **Té alguna necessitat psicomotriu?** |  | |
| **Sap nedar?** |  | |
| **Es fatiga fàcilment?** |  | |
| **Es mareja amb facilitat?** |  | |
| **Es posa malalt/a amb freqüència? De què?** |  | |
| **Té alguna al·lèrgia (pols, medicaments, aliments, picades d’insecte…)?** |  | |
| **Té alguna malaltia crònica (asma, epilèpsia…)?** |  | |
| **Té totes les vacunes que corresponen a la seva edat? En cas negatiu, indiqueu quines falten.** |  | |
| **S’ha de prendre algun medicament? En cas afirmatiu, indiqueu horaris i quantitats.** |  | |
| **Observacions (indiqueu qualsevol altre qüestió que considereu necessària)** |  | |

Jo,(nom i cognoms) com a (mare, pare, tutor/a) de (nom i congoms) amb DNI (de la mare, pare, tutor/a) declaro que són certes les afirmacions que he respost a la fitxa de salut del Casal d’Estiu de Viladamat.

**Signatura de la mare, pare o tutor/a**

**Data: 00/00/0000**

**Declaració responsable en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19**

**Declaro sota la meva responsabilitat:**

* Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l’activitat d’educació en el lleure, en la qual en/na ...................................... participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.
* Que he estat informat/da i estic d’acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s’hagin de dur a terme si apareix el cas d’un menor d’edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l’activitat.
* Que m’encarrego d’aportar la quantitat necessària de mascaretes per en/na ...................................... per als dies que duri l’activitat, en cas que així ho requereixi l’equip de dirigents.
* Que informaré l’entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l’estat de salut d’en/na ...................................... compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l’activitat, així com de l’aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l’activitat, en/na ...................................... compleix els requisits de salut següents:

* Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
* No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l’activitat.

Només marcar en cas de menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

* Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l’activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat