|  |
| --- |
| **FITXA D’INSCRIPCIÓ ESTIU JOVE VILADAMAT 2022** |
| ***DADES DE L’ADOLESCENT*** | **Fotografia** |
| **Nom**  |  |
| **Cognoms**  |  |
| **Data de naixement**  |  |
| **Edat** |  | **Domicili** |  |
| **Digues quines quinzenes o mesos t’interessa inscriure al teu fill/a** |  | **Població** |  |
| ***DADES DE LA FAMÍLIA*** |
| **Mare**  |
| **Nom**  |  | **Cognoms** |  |
| **Telèfon de contacte** |  | **Correu electrònic** |  |

|  |
| --- |
| **Pare**  |
| **Nom** |  | **Cognoms** |  |
| **Telèfon de contacte** |  | **Correu electrònic** |  |

|  |
| --- |
| **Tutor/a legal** |
| **Nom** |  | **Cognoms** |  |
| **Telèfon de contacte** |  | **Correu electrònic** |  |

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

Jo, com a (MARE/PARE/TUTOR) amb DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autoritzo al meu fill/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a participar a l’Estiu Jove 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 per Estiu Jove i ser utilitzades en xarxes socials o campanyes publicitàries d’aquest:

**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**: **\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_**

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

**Observacions (indiqueu qualsevol altre qüestió que considereu necessària)**

Jo, com a (MARE/PARE/TUTOR) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que són certes les afirmacions que he respost a la fitxa de salut de Estiu Jove de Viladamat

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

**Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_**