

DADES DE L'INFANT

Cognoms i nom: _____ DNI: _____

Data de naixement: __/__/____ Edat: ____ Adreça: _____
Població: _____ CP: _____ Comarca: _____ Província: _____

Telèfon de casa: _____ Mòbil: _____ Adreça electrònica: _____

Tens germans? ____ Quants? ____ Lloc que ocupes: ____ Has anat mai de colònies? __Si __No
A quines? _____

Talla de samarreta: 9-11 / 10-12 / 12-14 S / M / L / XL / XXL

Col·legi/Institut on curses els estudis: _____

DADES DEL PARE

Cognoms i nom: _____ DNI: _____

Data de naixement: __/__/____ Edat: ____ Adreça: _____
Població: _____ CP: _____ Comarca: _____ Província: _____

Telèfon de casa: _____ Mòbil: _____ Telèfon feina: _____

Adreça electrònica: _____

DADES DE LA MARE

Cognoms i nom: _____ DNI: _____

Data de naixement: __/__/____ Edat: ____ Adreça: _____
Població: _____ CP: _____ Comarca: _____ Província: _____

Telèfon de casa: _____ Mòbil: _____ Telèfon feina: _____

Adreça electrònica: _____

AUTORITZACIÓ DELS PARES

En/Na _____ amb DNI _____ autoritzo
el/la meu/va fill/a _____ a
assistir a les colònies organitzades pel grup L'ESTEL NOU DE JUNEDA que tindran lloc DEL 4 AL
15 DE JULIOL DE 2018 a la casa de colònies CLAR DEL BOSC (Pujarnol, Pla de l'Estany, Girona)
en les condicions establertes. Signant aquesta autorització, cedeixo els drets d'imatge del
nen/a al grup de colònies per a que pugui exposar les seves fotografies en els elements
publicitaris tant del grup com de la Federació a la que pertany.

Signatura:

Faig extensiva aquesta autorització a les decisions que els monitors haguessin d'adoptar en cas de malaltia o qualsevol altra necessitat que es presenti durant les colònies, com en els presents casos:

1. En cas d'haver de traslladar el nen/a al centre sanitari, fer-ho en el nostre cotxe o medi de transport necessari

Si ___ No ___

2. Que en cas necessari el nen/a pugui ser atès per un professional de la medicina.

Si ___ No ___

Signatura:

DADES D'INTERÉS PER AL GRUP DE COLÒNIES

Pateix alguna malaltia? ___ Si ___ No. Quina? _____

Segueix tractament? ___ Si ___ No. Quin? _____

Te algun tipus de problema físic? ___ Si ___ No. Quin? _____

Ha tingut alguna malaltia important? ___ Si ___ No. Quina? _____

Pateix somnambulisme? ___ Si ___ No. Pateix enuresi? ___ Si ___ No. Sap nedar? ___ Si ___ No.

Es mareja a l'autocar? ___ Si ___ No. Pateix sovint hemorràgies? ___ Si ___ No

Es posa malalt fàcilment? ___ Si ___ No. De què? _____

És al·lèrgic a alguna cosa? ___ Si ___ No. A què? _____

Segueix algun règim especial? ___ Si ___ No. Quin? _____

Pren algun medicament? ___ Si ___ No. Quin? _____

Administració d'aquest: _____

ALTRES OBSERVACIONS:

Necessiteu el rebut per justificar el pagament de l'assistència dels vostres fills a les colònies?

___ Si ___ No.

(Informe per correu electrònic quan el necessiteu)