



## **AUTORIZACIONS**

La/El Sra./Sr \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_ autoritzo al meu fill/a \_\_\_\_\_ a assistir a les estades de la Kanya Pirenaika 2024 organitzada pel Consell Esportiu de l'Anoia de l'1 al 7 de juliol de 2024 i faig extensiva l'autorització a:

- Rebre intervenció quirúrgica o qualsevol altra intervenció mèdica per part dels professionals mèdics, en cas d'urgència. Efectuar-li en cas necessari petites cures per part de l'equip de dirigents.
- Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.
- Participar en les sortides programades per l'edició d'enguany i realitzar activitats fisicoesportives.
- Autoritza els drets d'imatge, la publicació de fotos/vídeos de l'Infant amb finalitats no comercials de difusió de les activitats en els diferents mitjans i xarxes socials.
- Vostè accepta rebre comunicacions electròniques de part nostra. Ens comunicarem amb vostè per correu electrònic, per WhatsApp o missatges SMS.

## **FITXA DE SALUT**

No te cap impediment físic o psíquic, ni dificultat motriu per realitzar les activitats programades durant les estades.

Està al corrent del calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya, i té actualitzat el carnet de vacunes.

No està al corrent del calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya i em faig responsable de les possibles conseqüències derivades d'aquest fet tot exonerant de qualsevol responsabilitat a l'entitat organitzadora, responsable de l'activitat i equip de monitors.

Sap nedar? Sí  No

Pateix d'alguna malaltia crònica o actualment? Sí  No

En cas afirmatiu, indiqueu quina:

---

---

Ha de prendre algú medicament durant l'estada? Sí  No



En cas afirmatiu indiqueu quin, quina dosis i amb quina freqüència:

---

---

Té al·lèrgia a cap medicament? Sí  No

En cas afirmatiu indiqueu a quin:

---

---

Segueix cap règim especial? Sí  No

En cas afirmatiu indiqueu quin:

---

---

Té al·lèrgia o intolerància alimentaria? Sí  No

En cas afirmatiu indiqueu a quin aliment te al·lèrgia o intolerància:

---

---

### **DOCUMENTACIÓ ADJUNTA DE L'INSCRIT**

- Fotocòpia de la targeta Sanitària de l'Infant o assegurança mèdica privada.
- Fotocòpia del DNI de la persona progenitora.
- Carnet de vacunes.
- Certificat mèdic, si no es té actualitzat el carnet de vacunes.

Signat per \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_.

A \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Signatura: