



## Autorització de les colònies dels dies 2, 3 i 4 de gener del 2019

### DADES PERSONALS

Nom i cognoms del participant \_\_\_\_\_  
Adreça \_\_\_\_\_  
Barri \_\_\_\_\_ Població \_\_\_\_\_  
CP \_\_\_\_\_ Data de naixement \_\_\_\_\_ Edat \_\_\_\_\_  
Lloc de naixement \_\_\_\_\_  
Centre d'estudis \_\_\_\_\_ Curs \_\_\_\_\_  
Telèfons (casa, mòbil...) \_\_\_\_\_  
Correu electrònic de contacte \_\_\_\_\_

### DADES DEL RESPONSALBE

Nom i cognoms \_\_\_\_\_  
DNI \_\_\_\_\_ com a Pare/Mare/Tutor/Tutora \_\_\_\_\_

### DADES MÈDIQUES

Pes aproximat \_\_\_\_\_  
Altres assegurances \_\_\_\_\_ Núm. de pòlissa \_\_\_\_\_  
Pren algun medicament habitualment? \_\_\_\_\_ Quin? \_\_\_\_\_  
Administració (dosi, interval, temps i via) \_\_\_\_\_  
Té al·lèrgies \_\_\_\_\_ Quines? \_\_\_\_\_  
Segueix una dieta especial d'alimentació? \_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_  
Compleix el calendari obligatori de vacunacions?  SÍ  NO  
Sap nedar?  SÍ  NO Observacions \_\_\_\_\_  
Pateix alguna deficiència sensorial/motriu? \_\_\_\_\_ Quina \_\_\_\_\_  
Altres dades mèdic-sanitàries destacades \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONS

---

---

---

---

## AUTORITZACIÓ

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

com a pare/mare/tutor legal del participant \_\_\_\_\_

autoritzo al meu/va fill/a a participar els dies 2, 3 i 4 de gener del 2019 a les colònies d'hivern organitzades per Esplais de la Garrotxa que es duren a terme a la casa de colònies "La Cot" (Santa Pau).

- Certifico que el meu fill/a ha estat protegit amb les vacunes assenyalades a la normativa vigent.
  
- Autoritzo que el meu fill/a rebi petites cures i medicaments com ara antihistamínics, antitèrmics, antiinflamatoris i analgèsics, que normalment es lliuren sense recepta i que contenen àcid acetilsalicílic, ibuprofè o paracetamol, per part dels dirigents.
  
- Autoritzo l'ús d'un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en cas de necessitar atenció mèdica.
  
- Autoritzo a que es pugui intervenir quirúrgicament o prendre qualsevol altre decisió mèdica per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència.
  
- Autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en tot el material gràfic d'Esplais de la Garrotxa (tríptics, díptics, flyers...), així com a publicar-ho a la pàgina web i les xarxes socials de l'entitat (Facebook, Instagram i Twitter).
  
- Accepta la nostra política de privacitat d'Esplais de la Garrotxa pel tractament de les seves dades personal. Aquest consentiment podrà ser revocat quan existeixi causa justificada. D'igual manera, reconeix haver estat informat de la possibilitat d'exercitar els corresponents drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició.

### INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES

**Responsable:** Esplais de la Garrotxa **Finalitat:** Enviament d'informació sol·licitada i gestió de inscripcions.

**Legitimació:** Consentiment de l'interessat. **Destinataris:** Inscrits a Esplais de la Garrotxa

**Drets:** A accedir, rectificar i suprimir les dades, així com els altres detallats en la política de privacitat.

### Signatura del pare/mare/tutor:

A \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(població) (dia) (mes) (any)

\*Les dades de caràcter personal que es faciliten s'inclouran a la base de dades d'Esplais de la Garrotxa, amb la finalitat de poder adreçar informació d'activitats que poden ser del vostre interès. Existeix la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades que se subministren, sol·licitant la baixa a la secretaria de l'entitat.