

AGRUPAMENT ESCOLTA JOAN MARAGALL FULL D'INSCRIPCIÓ

DADES DEL PARTICIPANT

Unitat

Cens EC

Curs 2017-18

NOM

COGNOMS

EDAT

DATA DE NAIXAMENT

DNI

NUM. S.S.

ADREÇA

NUM.

ESC.

PIS

PORTA

LOCALITAT

CODI POSTAL

TELÈFON FIXE

TELÈFON MÒBIL

CORREU ELECTRÒNIC

DADES DELS TUTORS

NOM TUTOR/A 1

COGNOMS TUTOR/A 1

DNI TUTOR/A 1

TELÈFON TUTOR/A 1

CORREU ELECTRÒNIC TUTOR/A 1

NOM TUTOR/A 2

COGNOMS TUTOR/A 2

DNI TUTOR/A 2

TELÈFON TUTOR/A 2

CORREU ELECTRÒNIC TUTOR/A 2

INFORMACIÓ MÈDICA DEL PARTICIPANT

Malaltia, al·lergia o intolerància rellevant?

Si

No

Pla de vacunacions al dia?

Sí

No (adjuntar declaració responsable)

Quina? (Afegir també malalties no croniques reincidents que puguin ser rellevants)

Ha de pendre alguna medicació?

Si

No

Pateix:

Eneuresi

Terrors nocturns

Insomni

Freqüència:

Freqüència:

Freqüència:

Quina i amb quina periodicitat? (Afegir informació rellevant)

Aparició de la menarquia? Sí No Imminent

Menja: De tot Poques coses Molt Poc

Descriure si ha de seguir un règim especial

Jo, _____, amb DNI

en qualitat de _____ AUTORITZO al meu fill/filla :

A l'assistència i participació en les activitats que es realitzaran al llarg del curs vigent a l'A.E. Joan Maragall. Tanmateix, em faig responsable de qualsevol acció voluntària en contra de persones o béns que pugui cometre el/la meu/meva fill/a.

A marxar sol del cau un cop finalitzades les activitats.

Al'equip dirigent a transportar al meu fill/filla en vehicle privat en cas d'urgència.

En cas d'accident o malaltia on sigui necessària una intervenció quirúrgica urgent, autoritzo l'equip mèdic a realitzar-la així com a l'equip dirigent a prendre les decisions pertinents en nom meu sota consulta via telèfon si fos possible.

Certifico que tota la informació donada és certa i que no estic ocultant cap dada deliberadament.

Signatura:

Data: