

**AGRUPAMENT ESCOLTA JOAN MARAGALL  
FULL D'INSCRIPCIÓ****DADES DEL PARTICIPANT**

Unitat

Cens EC

Curs 2018-19

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 (adjuntar autorització de medicació si s'escau)

No

Pla de vacunacions al dia?

Sí

No (adjuntar declaració responsable)

Quina al·lèrgia o intolerància? (Afegir també malalties no cròniques reincidentes 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 participant:

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 la participant.

A marxar sol/a del cau un cop finalitzades les activitats.

A l'equip dirigent a transportar al participant 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: