

## **Autorització anual. Curs 2024/2025**

A.E.

### Dades mare/pare/tutor/a legal

Nom i cognoms:

Direcció de residència:

Codi postal:

Telèfon:

DNI/NIE:

En qualitat de tutor/a legal i coneixent la programació d'activitats de l'Agrupament Escolta

### **AUTORITZO:**

Al meu fill/a, tutelat/ada

amb DNI (si en té) \_\_\_\_\_ nascut/da el \_\_\_\_\_ a l'assistència i participació de l'activitat anual, sortides i campaments de l'Agrupament Escolta d'Escoltes Catalans, que es desenvolupa, de manera ordinària cada de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ al municipi de \_\_\_\_\_

Faig extensiva la mateixa per als següents casos específicament detallats a continuació:

<b>AUTORITZO A</b>	SÍ	NO
Banyar-se a rius, llacs, piscines públiques o privades, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectuar petites cures i subministrar, només, antitèrmics, antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol, àcid acetilsalicílic o ibuprofèn, per part de l'equip de caps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Així mateix, em faig responsable de qualsevol acció voluntària en contra de persones o béns que pugui cometre el meu fill/a.

## Informació sanitària

### Generalitats

Ha patit malalties importants? Quines?

Pateix alguna malaltia crònica o aguda? Quina?

Malalties que té sovint:

Mal de panxa     Mal de cap     Otitis     Angines     Faringitis

Refredats     Hemorràgies     Enuresi     Insomni     Mareigs

Altres. Quines? Feu clic aquí per escriure text.

Es mareja amb facilitat?  Sí  No

Es cansa aviat?  Sí  No

S'aixeca a la nit?  Sí  No

Segueix tractament psicològic?  Sí  No

L'han operat mai?  Sí. De què?  No

### Medicació

Actualment pren algun medicament? Quin? Especifiqueu hores i en quina quantitat.

En cas de necessitat de tractament mèdic, **AUTORITZO** l'administració de la medicació esmentada a la recepta i posologia indicades.

Sí  No

*\* Cal adjuntar la recepta o receptes amb la posologia signades pel personal mèdic.*

### Alimentació

Segueix algun règim especial (hi ha quelcom que no pugui menjar, etc.)? Quin?

### Vacunes

Està vacunat/ada d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya? (No és necessari adjuntar el Carnet de Vacunacions)

Sí  No

\* En cas de respondre **No** heu d'adjuntar signat el [model de declaració responsable de no vacunació](#)

### Al·lèrgies

És al·lèrgic/a a algun medicament, menjar, animal, planta, etc.? Quin?

### En cas d'urgència, avisar a:

Noms i cognoms:

Adreça:

Població:

Telèfon/s:

Horaris:

Noms i cognoms:

Adreça:

Població:

Telèfon/s:

Horaris:

**AUTORITZO** a les persones responsables de les activitats per **a proporcionar al meu fill/a, tutelat/ada l'assistència sanitària** oportuna en cas de necessitat. Igualment, autoritzo a l'hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari per al seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas. Amb el benentès que contactaran amb nosaltres amb la brevetat més gran possible.

Sí  No

Tanmateix, **AUTORITZO** a poder **fer desplaçaments per motius sanitaris no especialitzats**.

Sí  No

### Observacions:

Si teniu necessitat d'autoritzar alguna situació o condició especial pròpia del vostre agrupament o realitat, ho podeu indicar en aquesta pàgina:

**Nom i cognoms de qui ho signa,**

**Data,**

Signatura,

*En el cas de ser menor **de 14 anys** és obligatòria, en matèria de protecció de dades personals, la signatura del pare, mare o tutor*