

**AUTORITZACIÓ MATERNA/PATERNA PER A LES ACTIVITATS D’ESTIU 2022**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (nom i cognoms del pare, mare o tutor)

com a pare/mare/tutor de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autoritzo que:

 (nom i cognoms del participant)

(Escriviu sí o no)

* La imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies i/o vídeos. L’ús d’aquestes fotografies i filmacions podran ser utilitzades en la pàgina web, al facebook i a l’instagram de l’entitat amb fins educatius i informatius de les diverses activitats que es realitzaran: \_\_\_\_\_\_
* El meu fill/a vagi a la piscina i a les sortides: \_\_\_\_\_\_\_
* Sap nedar? \_\_\_\_\_\_
* Necessita bombolleta o braçals per nedar?\_\_\_\_\_\_\_\_
* El meu fill/a sigui traslladat a un hospital o centre sanitari en cas necessari: \_\_\_\_\_\_\_\_
* El meu fill/a prengui medicació (adjuntar recepta mèdica on consti el nom, la dosi i l’horari):\_\_\_\_\_\_
* El meu fill/a marxi sol/a a casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓ MÈDICA:**

- Té al·lèrgies? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A quins medicaments? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 A quins aliments? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Altres tipus d’al·lèrgia o intolerància:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Pateix alguna malaltia crònica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data:**

 **Signatura de la mare Signatura del pare**