



## Matins actius

Àrea de joventut de l'ajuntament de Vilablareix

### AUTORITZACIONS:

En/na..... amb DNI.....

Autoritza al meu fill/a.....

- A assistir al matins actius i al les seves excursions i sortides del municipi
- A poder fer fotos i gravar en vídeo i fer.ne us a les xarxes socials relacionades amb l'activitat
- A fer l'ús de la seva imatge (Llei 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge) en documentació i mitjans relacionats amb l'activitat.
- Autoritzo a les decisions medicoquirúrgiques que siguin necessàries adoptar, en cas d'extrema urgència, sota direcció facultativa pertinent.
- A poder sortir sol al finalitzar l'activitat de casal a les 14 h.

Vilablareix,.....de..... de 2019

### FITXA MÈDICA

NOM:	COGNOMS:	
ADREÇA:	POBLACIÓ:	
TELS. cas d'urgència:	Pers. de contacte:	tel:
	Pers. de contacte:	tel:

MALALTIES IMPORTANTS PRÈVIES, INGRESSOS HOSPITALARIS / INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES:

AL·LÈRGIES (maquillatge, aliments, etc.):

MALALTIES ACTUALS / TRACTAMENT A SEGUIR:

DIETA O RÈGIM ESPECIALS:

RELACIÓ DE VACUNES POSADES (podeu adjuntar fotocòpia del carnet de vacunacions)

### **CAL ADJUNTAR :**

- **Fotocòpia de la tarja d'identificació sanitària** o altre document acreditatiu del dret a la presentació a la sanitat pública o de l'assegurança mèdica privada.
- **Fotocòpia DNI**