

### Dades del NEN/A

<b>Nom:</b>		<b>Cognoms:</b>	
<b>Data de naixement:</b>		<b>Curs que farà:</b>	
<b>Adreça:</b>		<b>Municipi:</b>	
<b>Telèfons de contacte</b>			

**Observacions (poseu qualsevol dada personal que s'hagi de tenir en compte)**

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_,

com a pare/mare o tutor/a legal, autoritzo el/la meu/va fill/a

\_\_\_\_\_ a participar en les activitats programades

dins el Let's Discover!, des del dia 22 al 28 de juliol (ambdós inclosos). També autoritzo a l'equip de dirigents a adoptar les decisions mèdiques que siguin necessàries segons el seu bon criteri, sota direcció facultativa pertinent i segons les informacions donades per mi mateix en la fitxa mèdica.

La Selva del Camp, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Signatura,

**(adjunteu amb la inscripció la fotocòpia de la targeta sanitària)**

## Autorització ús d'imatges

En/na \_\_\_\_\_, com a pare/mare,

autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui ésser enregistrada a través de fotografies o gravacions durant la realització de les activitats que es puguin utilitzar i publicar a les seves pàgines web, blocs, publicacions, llibres, revistes, diaris, memòries d'activitats, filmacions i qualsevol altre mitjà audiovisual de comunicació pública que tingui per finalitat donar a conèixer les activitats realitzades.

*La Selva del Camp, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_*

*Signatura,*

### Fitxa mèdica

Nom i Cognoms:	
Al·lèrgies	
Actualment pateix alguna malaltia? Quina/es?	
Ha patit alguna malaltia important? Quina/es?	
Pren algun medicament? Quin/s?	
Fa algun règim especial?	
Necessita alguna atenció especial? Perquè?	
Sap nedar?	
Es cansa aviat per l'edat que té?	
Altres aspectes a tenir en compte?	

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
com a pare/ mare/ tutor/a del nen/a, fa constar que les dades exposades són certes, i per  
què així consti, signa el present document.

La Selva del Camp, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Data i signatura,