



Fitxa d'autorització

Cal emplenar aquest imprès amb la signatura del pare/mare/tutor i enviar-lo a l'Associació Club Isard, juntament amb la fotocòpia de la Targeta Sanitària, abans del començament de l'activitat.

En/Na, amb DNI número, autoritzo el meu/la meva fill/a a assistir i a participar a l'activitat organitzada per l'Associació Club Isard que tindrà lloc entre les següents dates: del / / al / / a Igualment, es declara coneixedor de les condicions de participació, del projecte educatiu, de la normativa de l'activitat i de les activitats que es duren a terme durant l'estada, i les accepto mitjançant l'acte d'aquesta signatura.

Faig extensiva aquesta autorització per a les decisions medicoquirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent.

I detallo que:

<input type="checkbox"/> Autoritzo	la publicació i utilització sense ànim de lucre i conforme la legislació vigent, per qualsevol procediment o suport, de la imatge, nom i veu del meu/la meva fill/a per els fins propis i activitats organitzades per l'Associació Club Isard així com a les publicacions, pàgina web, vídeos i altres materials propis.
<input type="checkbox"/> No Autoritzo	

<input type="checkbox"/> Autoritzo	expressament a traslladar el meu/la meva fill/a en el/s vehicle/s privat/s destinat a l'activitat amb les mesures de seguretat pertinents.
<input type="checkbox"/> No Autoritzo	

<input type="checkbox"/> Autoritzo	que el personal responsable de les colònies administri la medicació que s'especifica a la fitxa mèdica.
<input type="checkbox"/> No Autoritzo	

En compliment de la LOPD 15/1999 i de la LSSI-CE 34/02, s'entendrà que totes les dades personals han estat facilitades a l'Associació Club Isard amb l'autorització expressa perquè siguin incorporades en un fitxer de tractament automatitzat. Així mateix, s'informa que podrà exercitar, respecte de les dades personals facilitades, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició enviant una carta a l'Associació Club Isard o enviant un correu electrònic a club.isard@gmail.com, sol·licitar, en el seu cas, que se li remetin les dades de caràcter personal que obrin en els fitxers de l'associació als efectes de la seva consulta, o la seva possible rectificació, o bé que es cancel·li i/o revoqui l'autorització.

Lloc i data:

Signatura mare / pare / tutor/a



Fitxa mèdica

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Número de Seguretat Social (targeta CAT Salut):

(enviar fotocòpia de la CAT Salut juntament amb aquest document)

Número de la Targeta Sanitària Europea:

Té assegurança privada? Sí / No Quina?

Malalties que pateix sovint	SÍ	NO
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		

Malalties que pateix sovint	SÍ	NO
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi		
Insomni		
Mareigs		

Té algun tipus d'al·lèrgia?..... A què?

.....

S'ha posat les vacunes corresponents segons el calendari de vacunacions? Sí / No

Data de l'última dosi antitetànica:

Pren algun medicament? Sí / No Quin?

Quina dosi?

Segueix algun règim alimentari (ex. intolerància al gluten)?

.....

Sap nedar? Sí / No

Observacions:

En cas d'urgència durant l'activitat cal avisar a:

Nom i cognoms:

Telèfon feina i/o mòbil:

Altres contactes (nom i telèfon):

En compliment de la LOPD 15/1999 i de la LSSI-CE 34/02, s'entendrà que totes les dades personals han estat facilitades a l'Associació Club Isard amb l'autorització expressa perquè siguin incorporades en un fitxer de tractament automatitzat. Així mateix, s'informa que podrà exercitar, respecte de les dades personals facilitades, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició enviant una carta a l'Associació Club Isard o enviant un correu electrònic a club.isard@gmail.com, sol·licitar, en el seu cas, que se li remetin les dades de caràcter personal que obrin en els fitxers de l'associació als efectes de la seva consulta, o la seva possible rectificació, o bé que es cancel·li i/o revoqui l'autorització.

Lloc i data:

Signatura mare / pare / tutor/a