

### **AUTORITZACIÓ**

**NOM INFANT :**

#### **CONSIDERACIONS BÀSIQUES DE L'INFANT**

- Es mareja fàcilment? \_\_\_\_\_ Es cansa amb facilitat? \_\_\_\_\_
- Es posa malalt amb freqüència (diarrea, febre, mal de cap, angines, etc) ? \_\_\_\_\_
- Té alguna malaltia crònica (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes cardíacs, diabetis, etc)?  
\_\_\_\_\_

- Utilitza ulleres, plantilles, aparell d'ortodòncia, aparell auditiu, etc?  
\_\_\_\_\_

- Pateix enuresi / encopresi? \_\_\_\_\_

- Pateix insomni? \_\_\_\_\_

- Pren algun medicament? \_\_\_\_\_ Quin i per a què? \_\_\_\_\_

*\*Dosi i administració:* \_\_\_\_\_

- És al·lèrgic a algun medicament? \_\_\_\_\_ Quin? \_\_\_\_\_

- És al·lèrgic a algun aliment? \_\_\_\_\_ Quin? \_\_\_\_\_

- Segueix una dieta especial? \_\_\_\_\_

- Té alguna dificultat motriu? \_\_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_

- Sap nedar? \_\_\_\_\_ En cas que no, què utilitza? \_\_\_\_\_

- Observacions (informacions que han de saber els monitors):  
\_\_\_\_\_

## **PROTECCIÓ DE DADES I DRETS D'IMATGE**

Les dades proporcionades seran introduïdes en un fitxer propietat del Anima'ns Grup (AE Ocisport Igualada) amb la finalitat de tramitar la seva inscripció i rebre informació de properes activitats esportives organitzades per aquest organisme. Les seves dades podran ser cedides a tercers únicament pel compliment d'obligacions legalment establertes. En qualsevol cas, d'acord amb la Llei O. 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, es pot en tot moment exercir el dret d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació dirigint-se al correu info@animans.cat.

Durant les colònies, es farà un recull de fotografies i vídeos sobre les activitats que s'han fet. Ens cal la vostra autorització perquè aquestes imatges enregistrades es puguin utilitzar en diferents mitjans de comunicació a fi de promoure i informar de les activitats.

Si en el moment de la inscripció, no ens manifesteu per escrit la vostra oposició, entendrem que ens autoritzeu a emprar les imatges tal com hem senyalat.

## **DECLARACIÓ PARE, MARE O TUTOR/A**

Jo (nom i cognoms), \_\_\_\_\_, com a pare, mare, tutor/a certifico que les dades que queden ressenyades en aquest document són certes i autoritzo al meu fill/a a assistir a les colònies en el període que s'esmenta, així com a realitzar totes aquelles activitats que s'hi realitzin. Això inclou el desplaçament a peu quan sigui el cas. També autoritzo que, en cas d'urgència i sota el criteri facultatiu, se li pugui practicar l'assistència sanitària que calgui sempre i quan no s'hagi pogut contactar prèviament amb cap familiar. Com també el desplaçament amb vehicle en cas necessari per part de l'equip del Campus al centre sanitari més proper de l'activitat que s'estigui desenvolupant.

Signatura

Data