

## Activitats d'estiu Tritons Esquirols Talps Falcons Linxs

### DADES DEL/LA PARTICIPANT

Nom i Cognoms: .....

DNI: .....

Data de naixement: .....

Adreça, C.P. i Població: .....

Grup Sanguini: ..... Sap nedar?: .....

Al·lèrgies conegudes: .....

Intoleràncies Alimentàries: .....



### DADES DELS TUTORS

Nom Cognom	DNI	telf	email

### DADES DE L'ACTIVITAT

Grup (tritons, esquirols, talps, falcons, linxs): .....

Tipus Activitat (encerclau) : Colònies, Campaments, Ruta, Casal

loc: ..... Dates de 'activitat: .....

## Activitats d'estiu Tritons Esquirols Talps Falcons Linxs

### AUTORITZACIONS (marcar amb una x)

- Autoritzo la participació del meu fill/a en l'activitat \_\_\_\_\_ que organitza el grup \_\_\_\_\_ de la secció infantil i juvenil del Centre Excursionista de Llinars del Vallès, els dies \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.
- Autoritzo la seva participació en les activitats que es realitzin , i declaro que no pateix cap malaltia o lesió que li impedeix la realització de les mateixes.
- Autoritzo a utilitzar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.
- Autoritzo als dirigents de l'activitat a prendre les decisions mèdiques que fossin necessàries, en cas de no poder localitzar als pares/tutors en una situació d'urgència.
- Autoritzo que el meu fill/a gaudeixi de les activitats aquàtiques.

Data:

Nom:

Signatura:

### Documents a adjuntar amb l'autorització de l'activitat d'estiu

- Targeta FEEC\*.
- DNI del participant\* (obligatori a partir dels 14 anys) o fotocopia llibre de família.
- Targeta sanitària\* (TSI).
- Fotocopia carnet de vacunació.

#### (\* ) OBLIGATORI entregar originals a l'inici de l'activitat.

Es prega que els nens dugin targeta magnètica d'identificació sanitària. D'acord amb les normes de l' Institut Català de la Salut (ICS) aquesta targeta és obligatòria per accedir a qualsevol de les prestacions mèdiques, farmacèutiques o quirúrgiques de la sanitat pública i l'ha de posseir tothom, tingui l'edat que tingui.

**Recordeu que per realitzar l'activitat heu d'estar inscrits a la secció infantil i juvenil del CELLV i federats.**



**CENTRE  
EXCURSIONISTA  
LLINARS  
DEL VALLÈS**



**Federació d'Entitats  
Excursionistes de Catalunya  
(Federació Catalana d'Alpinisme i Escalada)**  
Rambla 41, 08002 Barcelona  
Tel: 93 412 07 77, Fax: 93 412 63 53  
www.feec.org - e-mail: feec@feec.org

## **Activitats d'estiu Tritons Esquirols Talps Falcons Linxs**

### **SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ: DRETS D'IMATGE**

Donat que el dret a la pròpia imatge està reconegut a l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge. Us demanem el vostre consentiment per poder realitzar i, si s'escau, exposar fotografies i vídeos, on apareguin els vostres fills i filles realitzant activitats pròpies de l'activitat organitzada pels grups de la secció infantil i juvenil pel Centre Excursionista de Llinars del Vallès

\_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_

Com a pare, mare o tutor de \_\_\_\_\_

AUTORITZO

NO AUTORITZO

Que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies en les nostres xarxes socials corresponents a les activitats d'estiu organitzades pel CELLV.

Nom:

Data:

Signatura:

*Segons la Llei 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal us informem que les dades que ens faciliteu, tant les vostres com les dels vostres fills, passaran a formar part d'un fitxer propietat de l'entitat; Centre Excursionista de Llinars del Vallès, i seran tractades d'acord amb els preceptes de l'esmentada Llei.*

## Activitats d'estiu    Tritons    Esquirols    Talps    Falcons    Linxs

### AUTORITZACIÓ PER A ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

*Benvolguts/des.*

***En el cas que calgui administrar als vostres fills/es un medicament durant l'activitat d'estiu, lliureu l'autorització juntament amb la recepta mèdica i els medicaments.***

Jo \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_ Com a pare, mare o tutor de \_\_\_\_\_ autoritzo als responsable/s de l'activitat d'estiu a administrar-li els medicament que a continuació s'indiquen, amb la pauta i la dosi que s'especifiqui.

Tanmateix autoritzo a efectuar petites cures i subministrar, només, antitèrmics, antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol, àcid acetilsalicílic o ibuprofè, per part de l'equip de dirigents.

O aquest en concret .....

Nom del tutor/a: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Signatura:



## Activitats d'estiu Tritons Esquirols Talps Falcons Linxs

### PAUTA I DOSI DE MEDICACIÓ

Noi/a \_\_\_\_\_

MEDICAMENT .....

TIPUS DE TRACTAMENT                      crònic                      eventual      Data finalització.....

DOSIS.....

Freqüència d'administració diària  4    6    8    12    24h                      altres.....

després de menjar                       abans de menjar

Observacions:

MEDICAMENT .....

TIPUS DE TRACTAMENT                       crònic                       eventual      Data finalització.....

DOSIS.....

Freqüència d'administració diària  4    6    8    12    24h                      altres.....

després de menjar                       abans de menjar

Observacions:

Nom del tutor/tutora: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Signatura.