



AUTORITZACIÓ I FITXA DE SALUT

DADES INFANT

COGNOMS: _____ NOM: _____

DATA NAIXEMENT: _____ SETMANA: _____ POBLACIÓ _____

ADREÇA: _____ NÚMERO: _____ PIS: _____ PORTA: _____ C.P.: _____

TELÈFON: _____ / _____ e-correu: _____

NÚMERO TARGETA CAT SALUT (CAL ADJUNTAR FOTOCÒPIA) _____

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA/REPRESENTANT LEGAL

_____ (NOM DEL PARE/MARE/TUTOR), amb DNI _____

autoritzo que el/la menor inscrit/a assisteixi al Curs de Recreació i Activitats Nàutiques.

Durant el curs sóc coneixedor/a que es faran fotografies i filmacions de les activitats i autoritzo expressament les persones organitzadores del curs perquè en facin ús per a la seva difusió, transformació i reproducció. Sí No

FITXA DE SALUT

Sap nedar? Sí No Pateix hemorràgies nasals? Sí No

Es cansa molt aviat? Sí No Es mareja amb facilitat? Sí No

Es posa malalt/a sovint? Sí No Motiu habitual: _____

Pren algun medicament habitualment? Sí No Quin? _____

És al·lèrgic/a? Sí No A què? _____

Té alguna dificultat intel·lectual, d'aprenentatge i/o motriu? Sí No Necessitats especials: _____

Signatura,

_____ a _____ d _____ de 2018