

## Fitxa d'inscripció



# LA ROSÉ

## 25è Aniversari



### DADES GENERAL DE L'INFANT / JOVE

Nom i Cognoms	Data de Naixement
Mail (si en té)	Telèfon (si en té)
Curs escolar	Escola
Adreça	Núm. / Esc / Porta
Codi Postal	Població
Telèfon fix	Mail Família
Nom Pare / Mare	DNI
Mòbil	Mail
Nom Pare / Mare	DNI
Mòbil	Mail
En cas de tenir un altre contacte per avisar en algun cas d'urgència	
Nom altre contacte	Relació
Telèfon	Altre Telèfon

### FITXA DE SALUT

PRINCIPALS	SI	NO	OBSERVACIONS / DETALLS
Pateix alguna malaltia? <i>(Al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)</i>			
Té problemes de vista / oïda?			
Té alguna disminució física, psíquica o sensorial?			
Té alguna dificultat motriu?			
Segueix algun règim especial? <i>(Celíac, Diabètic, vegetarià...)</i>			
Pren alguna medicació?			En cas afirmatiu i en el que el participant requereixi el tractament durant l'activitat caldrà que ens autoritzeu a administrar els medicaments

Altres Observacions: .....

.....

.....

## MARCA LA MODALITAT DE INSCRIPCIÓ

Dissabte 25 de maig (16.00h a 19.00h)

Dissabte 25 de maig i Diumenge 26 de maig  
(16.00h Dissabte a 11.00h de diumenge)

## AUTORITZACIÓ

En/na ..... amb DNI ..... com a pare,  
mare o tutor/a

d'en/na ..... l'autoritza a participar en l'activitat de La Rosé (festa en motiu del 25è aniversari) organitzada pel Centre d'Esplai del Roser de la Fundació Roser de Maig dels dies 25 i 26 de maig. Igualment, es declara coneixedor de la normativa i condicions de participació i del projecte educatiu de l'entitat organitzadora, acceptant-les mitjançant l'acte d'aquesta signatura. Fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència i sota la direcció facultativa adequada. També autoritza a l'entitat a traslladar el participant amb el vehicle que es consideri oportú i alhora consento expressament i autoritzo al/a la Centre d'Esplai del Roser a tractar i cedir les dades que voluntàriament dono, i per realitzar i publicar les imatges del participant, d'acord amb el tractament i finalitat que s'indica en aquest mateix imprès\*

A més a més certifico que l'infant / jove està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent i el seu estat

de salut és: Bo  Altre: ..... En cas de no vacunació em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències / incidències derivades i per tant exoneró la instal·lació,

l'entitat organitzadora, el responsable de l'activitat i l'equip de monitors/es de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

SIGNATURA del Pare / Mare / Tutor/a :

Cerdanyola del Vallès, a \_\_\_\_\_ de maig de 2019