



ESTADES ESPORTIVES

Nom i cognoms: Data naixement:

tel.1: tel.2: email:

FITXA DE SALUT

Pateix alguna malaltia (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc.)?

.....
.....

Té problemes amb la vista o l'oïda? Quins?

Té alguna disminució? No Sí De quin tipus? física psíquica sensorial

Quina?

Té algun problema de mobilitat?

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc)? No Sí Quina?

Es fatiga fàcilment? No Sí És hàbil? No Sí Dorm bé? No Sí

Quantes hores dorm normalment?.....Té problemes d'enuresi? No Sí diürn nocturn

Menja: de tot algunes coses Quantitat: molt poc

Es mareja amb facilitat? No Sí Sap nedar? No Sí

Es posa malalt/a amb freqüència? No Sí De què?

Pren alguna medicació especial? No Sí Quina?.....

.....

Segueix algun règim especial? No Sí De quin tipus?

.....

CAL APORTAR FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA EL PRIMER DIA DE LES ESTADES

AUTORITZACIÓ PATERNA (a omplir pels pares, mares o tutors)

En/na....., amb DNI núm....., autoritzo el meu fill/a a assistir a les Estades Esportives d'Estiu organitzades pel Patronat Municipal d'Esports de Tarragona i a les sortides en la zona que corresponguin al seu grup.

Faig extensiva aquesta autorització per a les decisions medico-quirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent. Així com l'acompanyament per part dels/les monitors/es al centre mèdic en el vehicle propi si fora necessari.

....., a..... de..... de 2021

SIGNATURA del pare/mare/tutor/a

Les dades de caràcter personal que ens proporciona, incloses aquelles que siguin en suport gràfic, fotogràfic, sonor, ideogràfic o de qualsevol altra naturalesa, seran tractades i incorporades en un fitxer responsabilitat del PATRONAT MUNICIPAL D'ESPORTS DE TARRAGONA, als efectes del correcte desenvolupament de l'activitat, d'informar i fer difusió de les activitats i serveis del PMET. Vostè té dret a exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, transparència, supressió, portabilitat, limitació del tractament i/o oblit, conforme allò disposat en la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal i garantia dels drets digitals i en el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016, de protecció de dades de caràcter personal (RGPD).

Per exercitar els drets esmentats, i per a qualsevol aclariment, pot dirigir-se per escrit a: C/ Riu Siurana s/n, 43006 TARRAGONA

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

(només cal omplir en cas de necessitar aquest servei)

Segons el Departament d'Educació, els criteris per administrar medicació són els següents:

Cal que el pare, mare o tutor legal del nen/a aporti:

1.- **Una recepta o informe del metge o metgessa** on hi consti el **nom del participant, la pauta/dosi i el nom del medicament que s'ha de prendre.**

2.- **Un escrit on es demani i s'autoritzi** al personal de les Estades, que administri al fill o filla la medicació prescrita, sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari del desenvolupament de l'activitat. (Aquest escrit és el que s'adjunta a sota).

NO PODREM ADMINISTRAR CAP MEDICAMENT ALS MENORS SENSE ELS DOS DOCUMENTS ESMENTATS.

AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

En/Na amb DNI

i com a pare/mare/tutor/a del nen/a

DEMANO i AUTORITZO a la persona responsable del/la menor que administri la medicació necessària indicada pel metge **mitjançant recepta i EM FAIG**

RESPONSABLE com a pare/mare/tutor/a legal del/la menor en cas de produir-se efectes secundaris de qualsevol mena per causa de l'esmentada medicació.

SIGNAT

.....a.....de.....de 2021