



DOCUMENT PER A LA PARTICIPACIÓ EN LES ESTADES LINGÜÍSTIQUES

Benvolguts/des,

Us informem que els propers dies 4, 5 i 6 de maig de 2022 hi ha prevista una estada lingüística al Sud de França.

Us recordem que el preu total de la sortida és de 265€ i que el 1^r pagament és de 106€ (que cal fer-lo abans del 31 de desembre de 2021) i que el 2n pagament és de 159€ (que cal fer-lo abans del dia 31 de març de 2022).

En/Namajor d'edat, amb DNI
com a pare, mare o tutor de l'alumne/a del
curs , demano al centre que admeti la participació del meu fill/a o tutelat en
l'esmentada activitat.

Consento que el col·legi faci servir la informació i les dades que calguin del meu (fill, filla o tutelat) que siguin adients per a participar en l'activitat.

Substitueixo el meu poder parental a favor de la persona que el col·legi designi a fi i efecte de què em representi per a defensar els drets del meu/meva fill/a en cas de necessitat.

Autoritzo al meu fill/a a ser fotografiat/ada en les diferents activitats de les colònies i que les imatges del meu fill o filla puguin aparèixer en fotografies, vídeos corresponents a l'activitat de Colònies organitzades pel centre i publicades en:

- Pàgines web del centre: // Sí // No

- Revistes, publicacions, presentacions i altres formats editades pel centre : // Sí // No

Badalona, a de del 20.....

Signat representant legal / pares

FITXA MÈDICA I DADES DE CONTACTE

Nom de l'alumne/a _____

DNI (si en té) _____

N. Seguretat Social _____

Persona i telèfon de contacte 1 _____

Persona i telèfon de contacte 2 _____

Persona i telèfon de contacte 3 _____

Edat, pes i alçada _____

Grup sanguini i RH _____

Malalties greus que ha patit _____

Lesions òsses i/o musculars recents _____

Problemes d'esquena? Especificar tractament _____

Segueix algun tractament farmacològic? Especificar quin i indicar les dosis (en cas afirmatiu caldrà adjuntar justificant mèdic)

L'alumne/a pot prendre sol/a la medicació indicada en el punt anterior? _____

Comentaris _____

IMPORTANT: S'ha de fer ús dels medicaments només en cas d'absoluta necessitat.
En aquest sentit, és important que col·laborem tots en l'educació dels nens/es.

En..... i na..... pares de l'alumne/a..... fem constar:

1 . Que no hi ha omesa cap malaltia o patologia coneguda que pugui afectar la salut del nostre fill/a.

2 . Que l'alumne portarà a Les colònies/Estada Lingüística la medicació necessària en cas de malaltia o tractament específic . En cas que l'Organització hagi d'adquirir medicació addicional per a l'alumne (per pèrdua , tractament d'urgència ...) aquesta haurà de ser abonada pels pares o tutors a la tornada de l'activitat.

3 . Que en el cas d'administració de la medicació directament pel nen/a , l'Organització queda eximida de tota responsabilitat al respecte.

Signatura pare / tutor :

DNI :

Signatura mare / tutora :

DNI :



En/Na, amb DNI com a representant parental de l'alumne

DECLARA

Que en/na.....**NO TÉ CAP AL·LÈRGIA NI INTOLERÀNCIA CONEGUDA**

Que en data....., el doctor....., amb nº col·legiat..... ha diagnosticat la següent al·lèrgia al meu fill/a:.....

Que acredita la diagnosi amb una copia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut d'en/na....., cal prendre les següents precaucions: **(poseu-hi totes les indicacions que hagi fet constar el metge)**

.....
.....
.....

Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu ha prescrit que s'administri al menor la dosi..... del medicament, d'acord amb el contingut de la copia testimoniada de la prescripció i el protocol d'actuació que acompanyem amb la present Instància

DEMANA,

- Que prengui les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent al·lergogen .
- Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present document, en cas de contacte amb agent al·lergogen, administreu la medicació prescrita pel doctor..... consistent en a administrar

Signat representant legal / pares

AUTORITZACIÓ DE TRASLLAT DEL PARE/MARE/TUTOR/A

En/Na amb DNI número
com a pare, mare, tutor/a legal de l'alumne del
curs

AUTORITZO al trasllat NO URGENT NI ESPECIALITZAT, en vehicle privat, del meu fill/a per part dels responsables de la casa de colònies (**nom casa**) a un centre hospitalari (SEMPRE AMB AVÍS al pare, mare, tutor/a responsable) i amb l'acompanyament d'un membre del centre educatiu, en cas d'atenció mèdica.

AUTORITZACIÓ D'INTERVENCIÓ MÈDICA DEL PARE/MARE/TUTOR/A

Atenent a les condicions que m'han estat notificades i prèvia presentació de la documentació corresponent. Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa, i dono fe que tot el que faig contar en els fulls d'inscripció i documentació addicional és cert i és correcte.

Badalona, a de del 20.....

Signat representant legal / pares