



Autorització anual

Nom del nen/a:.....

Grup (Piules/Dinamites/Trons/TNTs):.....

AUTORITZACIÓ DEL TUTOR/A LEGAL DEL NEN

En/Na..... amb D.N.I., com a tutor/a legal de....., autoritzo al meu fill l/a a participar a les activitats organitzades per l'Agrupament La Traca, vinculat a l'escola La Salle Premià i a Joves La Salle, durant el curs 2025-26 els dissabtes de 16h a 18h tant dins de l'escola La Salle Premià com als seus voltants i municipi de Premià de Mar.

També l'autoritzo a:

- Realitzar activitats físico-esportives.
- Efectuar petites cures per part de l'equip d'animadors/es i a administrar lode (betadine) a les ferides en les petites cures que es puguin fer els nens i nenes sense prèvia consulta als familiars.

☐ Certifico que he completat la inscripció en línia

APORTACIÓ ANUAL:

45€

Via domiciliació
bancària

Autoritzo al meu fill/a a que marxi sol un cop finalitzada l'activitat setmanal ja explicada:

☐ Sí ☐ No

Telèfon de contacte del pare/mare/tutor:

Correu electrònic del pare mare tutor:

Autoritzo a l'Agrupament La Traca, vinculat a La Salle Premià de Mar, a fer ús d'aquestes dades exclusivament per al correcte desenvolupament de l'activitat.

Signatura del tutor legal

..... de del 2025

Per la seguretat de tots, l'Agrupament sempre seguirà la normativa legal vigent, especialment en matèria de ràtios.

En cas de no tenir la capacitat per absorbir les persones inscrites en algun moment, es donarà prioritat a les persones ja inscrites anteriorment i la seva assistència. Si no fos suficient, es respectarà l'ordre d'inscripció.

Entregar abans del 5 d'octubre a la bústia de Secretaria i Primer cau: de setembre a les 16h00.

En cas de dubte contacteu amb nosaltres: latraca@lasalle.cat



La Salle Premià de Mar
c/ Abat Oliba, 17 08330 Premià de Mar

Joves La Salle Catalunya G59575415
c/Sant Joan de La Salle 42 08022 Barcelona





TARGETA SANITÀRIA INDIVIDUAL

Fotocòpia de la Targeta Sanitària (per davant i per darrere)

CARNET DE VACUNES (pàgina de vacunes i dates)

Fotocòpia del Carnet de Vacunes

FITXA DE SALUT

NOM DEL/LA PARTICIPANT:

	SI	NO
És diabètica/a?		
És celíac/a?		
Sap nedar?		
Pateix insomni?		
Es refreda sovint?		
S'ha vacunat del tètanus? Data de vacunació (d/m/a): ____/____/_____		

Malalties actuals, quins medicaments està prenent (nom, dosi, quan, fins quan)*

*Cal entregar l'informe o justificant mèdic fet pel metge/metgessa corresponent i portar el medicament en qüestió en cas que l'hagi de prendre durant els campaments

Ha patit malalties importants? Quan?

Ha estat ingressat/ada en un hospital? Quan i per què?

Pateix intoleràncies, al·lèrgies alimentàries o farmacològiques conegudes?

Cal dieta o règim especial?

Número de la seguretat social o CIP (a la targeta sanitària i comença amb les inicials dels cognoms).

Número de la mútua i nom de la mútua (si en té).