Autorització anual

Nom de l'infant: _____
Grup (Piules/Dinamites/Trons/TNT's): _____

AUTORITZACIÓ DEL TUTOR/A LEGAL DE L'INFANT

En/Na..... amb D.N.I. ....., com a tutor/a legal de....., autoritzo al meu fill/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 2026-27 els dissabtes de 16h a 18h tant dins de l'escola La Salle Premià com als seus voltants i municipi de Premià de Mar.

APORTACIÓ ANUAL: 55€
Via domiciliació bancària

També l'autoritzo a:

- Realitzar activitats fisicoesportives.
- Efectuar petites cures per part de l'equip d'animadors/es i a administrar Iode (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 on-line (formulari)

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/la tutor/a legal

....., ... de ..... de 2026

TARGETA SANITÀRIA INDIVIDUAL

Fotocòpia per davant i per darrere

CARNET DE VACUNES (PÀGINES DE VACUNES I DATES)

Fotocòpia per davant i per darrere

FITXA DE SALUT (REFERENT AL/LA PARTICIPANT)

Nom de l'infant: _____

	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 de 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).

_____