

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA

En/Na _____, amb domicili a _____
Carrer _____ núm. __ , pis _____, amb document
d'identitat núm. _____, manifesta:

QUE AUTORITZA al/la seu/seva fill/a _____
Nascut/da el _____ a _____, a participar en
totes les activitats que organitza l'Agrupament Escolta Terra-Nova associat a Escoltes
Catalans durant el període que el fill/a estigui a l'Agrupament. En cas de canvis significatius en
les dades de l'autorització, es renovarà aquest document.

Amb aquest document s'autoritza: (marqueu les caselles corresponents, si s'escau)

- al/la responsable de l'entitat o de la unitat, que pugui delegar en mans del personal sanitari que correspongui la presa de decisions d'urgència que es requereixin (intervencions quirúrgiques, medicació, vacunacions...) en cas que no s'hagi pogut localitzar els tutors o familiars més propers del/de la menor.
- a que el/la nen/a anteriorment esmentat sigui fotografiat pels dirigents de les activitats durant la realització d'aquestes, i que les fotografies on apareguin puguin ser utilitzades i publicades en tríptics, targetes, cartells, pàgina web de l'entitat, Facebook, Twitter, etc.
- a que els dirigents de l'activitat puguin efectuar petites cures al nen o la nena en cas de ferides lleus.
- a fer ús de medicaments tal com: Ibuprofeno, Paracetamol o Betadine; en cas de no presentar cap al·lèrgia a algun d'aquests i avisant anteriorment, si es localitza, a la persona de contacte.
- a que el nen o la nena pugui ser transportat en cotxe, en cas d'urgència i si l'equip de dirigents ho creu convenient.

Data: _____

Signatura del pare, la mare o el/la tutor/a legal:

Abans de la primera excursió, cal adjuntar:

- Fotocòpia de la targeta de la Seguretat Social i del Carnet de Vacunes



DADES PERSONALS DEL NEN O LA NENA

Nom i cognoms: _____

Data de naixement: _____

Adreça: _____ n^o: _____ Pis: _____

Població: _____ Codi postal: _____

Telèfon fix: _____ Altres telèfons d'interès: _____

Telèfon mòbil del pare: _____ Telèfon mòbil de la mare: _____

DADES FAMILIARS

Nom de la mare: _____ E-mail: _____

Nom del pare: _____ E-mail: _____

Situació de la família (estat civil): _____

El nen o la nena viu amb el pare / la mare / tots dos: _____

Durant la setmana: _____ Durant el cap de setmana: _____

Sap nedar? _____

Sap anar amb bicicleta? _____

Li costa relacionar-se amb nens/es de la seva edat? _____ Tendeix a nens/es més: **Grans / Petits**

La situació econòmica familiar pot ser un factor de risc en l'assistència del fill/a: **SI / NO**

(referit a la Quota anual, excursions, Campaments,...)

DADES ACADÈMIQUES

Curs que realitza: _____ Ha repetit algun curs? _____ Quin? _____

A quin centre estudia? _____ Localitat del centre: _____

Rep algun tipus de suport extern (psicòleg, logopeda,...): _____

DADES MÈDIQUES

Malalties importants que ha patit/pateix: _____ Quan? _____

Té alguna al·lèrgia? _____ Quina? _____

Té algun tipus de diversitat funcional (física, auditiva, visual, mental...)? _____

Cal que segueixi algun règim especial per menjar? _____

Cal que prengui algun medicament? _____

Observacions: _____

Data: _____

Signatura: