

## ACTIVITAT \_\_\_\_\_

Nom i Cognoms : \_\_\_\_\_

Domicili: C/ \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Població: \_\_\_\_\_ CP: 46.812 Telèfon: \_\_\_\_\_

Altres telèfons de contacte :

1.- ..... 2.- .....

Data de NAIXEMENT \_\_\_\_\_ Curs: \_\_\_\_\_

## Informació Mèdica

Pren alguna Medicació ? En cas afirmatiu, QUINA ?

.....

Pateix actualment cap malaltia? En cas afirmatiu, QUINA ?

.....

Segueix cap règim especial de menjars? ? En cas afirmatiu, QUIN?

.....

És al·lèrgic a cap cosa? En cas afirmatiu, A QUÈ?

.....

Ha rebut la gammaglobulina antitetànica?.....

Quan?.....

## Autorització paterna/materna

EN/NA/N'.....

AMB DNI..... COM A

MARE/PARE O TUTOR/A DEL

XIQUET/A.....

### L'AUTORITZE

- A que participe a l'activitat que organitza l'Ajuntament d'Aielo de Malferit, les condicions del qual conec i accepte.
- A fer les activitats i les eixides oportunes que estiguen programades en el cronograma.
- a eixir en fotos de l'activitat.
- a tornar a casa a soles.

Faig extensiva aquesta autorització en cas de màxima urgència, amb el coneixement i prescripció facultativa, a prendre les decisions medicoquirúrgiques oportunes, en el cas que siga impossible la meua localització en el temps de decisió.

Aielo de Malferit a ..... de..... de 20.....

Signatura