

CASAL ESTIU CA LA VIDALA 2020

fitxa d'inscripció

Informació Mèdica

Pateix alguna malaltia o al·lèrgia	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Pren algun medicament	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
indiqueu nom medicament i adjunteu recepte		

Autorització Participant

Nom pare/mare o tutor/a:	dni:
Nom participant:	

- Autoritzo a participar al Casal d'estiu Ca la Vidala 2020

- Autoritzo les decisions de caracter medic que calgui adoptar en cas d'urgència, si no es possible la meva localització

si no

- Com a persones autoritzades a recollir el meu fill/a a la finalització de l'activitat diària:
(consigneu el nom de la persona en cas necessari)

--

- Que el meu fill/a surti sol, sense ser acompanyat per persona adulta, al finalitzar les activitats diàries

si no

- Que el meu fill/a participi a les sortides realitzades durant el Casal.

si no

Firma tutor:

