

AUTORITZACIONS SUMMER SCHOOL 2018

En/na: _____

pare, mare o tutor del nin/nina _____

amb DNI.: _____ autoritzo el meu fill/a perquè:

- Pugui participar i assistir a la "Summer School 2018" organitzada per l'APIMA
- Pugui participar a totes les sortides programades per l'organització, també a la platja.
- Autoritzo a l'equip mèdic perquè pugui prendre qualsevol decisió medicoquirúrgica que sigui necessària en cas d'urgència i sota la direcció facultativa pertinent.
- Autoritzo a l'equip de monitors a traslladar al meu fill/a al centre mèdic més proper en cas de necessitat mèdica en caràcter lleu.
- A que les fotografies del meu fill/filla apareguin a la web o en algun altre material que es pugués publicar, sempre que les activitats siguin les referents a la Summer School.(Si voleu un recull de les fotografies haureu d'entregar un pendrive al vostre monitor/a).
- Perquè en finalitzar les activitats diàries:
 - El meu fill/filla pugui tornar a casa sense que el reculli cap persona.
 - A part de mi, pugui ser recollit per les persones següents:

Nom i cognoms	Parentiu

D'acord amb allò establert per l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal l'informem que les seves dades personals seran incorporades i tractades als fitxers propietat de "AAP MANACOR-PORTO CRISTO FORMACIO S.L.U., INSCRITS EN EL Registre de . L'adreça on l'interessat o interessada podrà exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició al mateix, és Carrer Sementera, número 43,Porto Cristo.

El pare/mare/tutor/a contrasignant accepta el contingut d'aquest document i per fer-ho contar on calgui, signa al peu, d'aquesta autorització:

Signatura:

DNI: _____

Porto Cristo, _____ de _____ de 2018

1.DADES DEL NIN/NINA:

Nom _____ Llinatges _____
 Edat: _____ CURS: _____ Data de naixement: _____ Nin: Nina:
 DNI. alumne: _____ Número Seguretat Social: _____
 ESCOLA: _____ CURS: _____
 SOCI APIMA MITJÀ DE MAR SOCI APIMA SES COMES



2.DADES FAMILIARS:

PARE MARE TUTOR/A
 Nom _____ Llinatges _____
 D.N.I.: _____ Adreça: _____ Població: _____ CP: _____
 Telèfons en cas d'urgència: _____ / _____ Correu: _____
 PARE MARE TUTOR/A
 Nom _____ Llinatges _____
 D.N.I.: _____ Adreça: _____ Població: _____ CP: _____
 Telèfons en cas d'urgència: _____ / _____ Correu: _____
 Altres telèfons: Nom: _____ Parentiu: _____ Telèfon: _____

3.DADES SANITÀRIES I ALTRES:

- Sap nedar? Si No
- Sap anar en bicicleta? Si No
- Pren qualche medicament? _____
 o En cas afirmatiu, quins pren i amb quina dosis: _____
- Té al·lèrgia a algun medicament o aliment? _____
- Segueix alguna dieta alimentària? : Si No Quina: _____
- Pateix qualche malaltia: Si No Quina/quines _____
- Té algun trastorn de conducta? Si No Quin? _____
- Altres dades que considerin d'interès:

4.Setmanes inscrites:

<input type="checkbox"/> juny de 25 a 29	<input type="checkbox"/> juliol de 01 a 31	<input type="checkbox"/> agost de 01 a 31
--	--	---

5.Suplements

<input type="checkbox"/> suplement servei acollida (07:30-09:00)	<input type="checkbox"/> suplement servei recollida (13:30-14:00)
--	---

6. Participarà a l'acampada :

si no durant el dia si però a dormir no.