

AUTORITZACIÓ

En/na _____ amb

DNI núm. _____, com a tutor/a legalment reconegut/da de

en/na _____

l'autoritza a assistir a les colònies de dansa i teatre musical d'Atrezzo a Cal Gort del 27 de juny al 3 de Juliol del 2027, així com també a totes les activitats incloses en aquestes colònies.

Tanmateix, autoritzo al responsable o a la institució sanitària on es trobi el meu fill/a, perquè prenguin les decisions necessàries en cas d'una urgència mèdica així com també a realitzar les intervencions mèdiques i quirúrgiques necessàries que es puguin plantejar durant les colònies, davant l'impossibilitat de contactar amb els pares i tutors.

Perquè així consti, el sotasignat:

(Signatura)

En/Na.....amb DNI
núm..... com a pare/mare/tutor
de.....autoritzo a Atrezzo a :

D'acord amb la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig i amb la normativa de protecció de dades (Reglament 2016/679 Europeu de Protecció de dades i la llei orgànica d'acompanyament), al tractament de les dades pròpies i del menor que representa en el seu cas, essent incorporades aquestes dades en el fitxer d'alumnes amb la finalitat de gestionar les dades dels alumnes i els serveis prestats. Aquestes dades no seran transmeses a tercers (llevat de les fotografies que autoritzi que siguin publicades) i seran conservades sempre que sigui alumne d'aquest centre o ens manifesti el contrari en el supòsit de les imatges

Així mateix en aquest acte

- ☐ SI
☐ NO

autoritza a la captació i posterior publicació d'imatges pròpies o del menor que representa, en la :
pàgina web de l'escola, fulletons de publicitat de l'escola, Facebook i Instagram de l'escola i fotos a la pròpia escola.

En qualsevol cas podrà indicar la revocació del consentiment atorgat, així com exercitar els drets d'accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions caldrà que es faci c. Calaf 18 de 08700 Igualada (Barcelona). Així mateix també podrà presentar una reclamació davant l' Agència Espanyola de Protecció de dades.

.....a de del 2027

Signat:

FITXA DE SALUT

Informació confidencial

Aquesta fitxa ens permet conèixer les necessitats de cada infant o jove i oferir-li una atenció adequada durant les colònies.

Us agraïm que respongueu amb sinceritat i que ens comuniqueu qualsevol informació que pugui ser important per al seu benestar, la seva seguretat i la convivència.

1. DADES PERSONALS

Nom i cognoms: _____

Data de naixement: _____

CIP de la targeta sanitària: _____

2. ESTAT DE SALUT GENERAL

Té alguna malaltia, condició de salut o antecedent mèdic que hàgim de conèixer?

- ☐ No
☐ Sí. Especifiqueu: _____

Presenta alguna molèstia o problema de salut recurrent?

- ☐ Asma o dificultats respiratòries
☐ Migranyes o mals de cap freqüents
☐ Problemes digestius
☐ Dermatitis o problemes de pell
☐ Marejos o desmais
☐ Lesions musculars o articulars
☐ Altres: _____

Té alguna limitació o recomanació mèdica per a la pràctica de dansa, teatre, exercici físic o activitats a l'aire lliure?

- ☐ No
☐ Sí. Especifiqueu: _____

3. AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES

Té alguna al·lèrgia o intolerància?

- ☐ No
☐ Aliments
☐ Medicaments
☐ Picades d'insectes
☐ Altres

Especifiqueu: _____

Gravetat i símptomes habituals: _____

En cas de reacció, necessita algun tractament d'urgència (per exemple, autoinjector d'adrenalina)?

- ☐ No
☐ Sí. Indiqueu el tractament i les instruccions mèdiques: _____

4. MEDICACIÓ

Pren alguna medicació habitual o necessita algun tractament durant les colònies?

- ☐ No
☐ Sí

Nom del medicament: _____

Dosi: _____

Horari de les preses: _____

Indicacions i conservació: _____

Pot administrar-se la medicació de manera autònoma?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Necessita supervisió

En cas de medicació, caldrà aportar les instruccions i autoritzacions corresponents.

5. DESCANS I PERNOCTACIÓ

Hi ha alguna circumstància relacionada amb el descans que ens sigui útil conèixer?

- ☐ Dificultat per agafar el son
☐ Despertars nocturns
☐ Somnambulisme
☐ Possibilitat de caure del llit
☐ Enuresi nocturna (pèrdues involuntàries d'orina durant la nit)
☐ Altres: _____

Com podem ajudar-lo/la si es produeix alguna d'aquestes situacions?

6. BENESTAR EMOCIONAL I NECESSITATS DE SUPORT

Hi ha alguna necessitat emocional, sensorial, de comunicació o de suport que hàgim de tenir en compte per facilitar la seva adaptació i participació?

- ☐ No
☐ Sí. Especifiqueu únicament la informació necessària:

Hi ha alguna estratègia o indicació que ens pugui ajudar a acompanyar-lo/la millor?

7. ALIMENTACIÓ

Segueix alguna dieta especial per motius mèdics o altres necessitats alimentàries?

- ☐ No
☐ Sí. Especifiqueu: _____

8. VACUNACIÓ

Estat de vacunació segons el calendari corresponent:

- ☐ Al dia
☐ No al dia
☐ No ho sé

Observacions rellevants: _____

9. ACTIVITATS AQUÀTIQUES

Sap nedar?

- ☐ Sí, amb autonomia
- ☐ Té coneixements bàsics
- ☐ No

Necessita alguna precaució especial a l'aigua?

10. CONTACTES DURANT LES COLÒNIES

Contacte principal

Nom i cognoms: _____

Relació amb el participant: _____

Telèfon: _____

Segon contacte

Nom i cognoms: _____

Relació amb el participant: _____

Telèfon: _____

Altres contactes d'emergència

Nom, relació i telèfon: _____

11. ALTRES OBSERVACIONS

Hi ha alguna altra informació important que ens vulgueu comunicar per ajudar-nos a cuidar i acompanyar millor el vostre fill o filla?

12. DECLARACIÓ DE LA FAMÍLIA

Declaro que la informació facilitada en aquesta fitxa és veraç i actualitzada, segons el meu coneixement, i em comprometo a comunicar qualsevol canvi rellevant abans de l'inici de les colònies.

Entenc que aquesta informació s'utilitzarà per organitzar l'atenció, la seguretat i el benestar del participant durant l'activitat, d'acord amb la informació de protecció de dades facilitada per l'organització.

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a legal:

Data: _____

Signatura: _____