



## AUTORITZACIONS I DADES MÈDIQUES PER A LES ACTIVITATS DE LLEURE D'ESTIU

Nom i cognoms mare, pare, tutor/a	<input type="text"/>	DNI/NIE	<input type="text"/>
Domicili	<input type="text"/>		
Localitat	<input type="text"/>	CP	<input type="text"/>

### AUTORITZO

el/la meu/va fill/filla,  
tutelat/da

a participar en totes les activitats programades pel Casal Esportiu/Casal d'Estiu i accepto les condicions establertes. Faig extensiva aquesta autorització perquè pugui rebre tractament mèdic en cas d'accident o malaltia i es pugui prendre qualsevol altra decisió sota la pertinent direcció mèdica, en cas d'urgència.

Em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències i incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ, atès que no s'ha aportat el Carnet de Vacunacions en la documentació per a la inscripció en el Casal Esportiu/Casal d'Estiu. Per tant, exonero l'entitat organitzadora i l'equip tècnic de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Així mateix:

- AUTORITZO       NO AUTORITZO      Que el/la meu/va fill/a marxi sol/a del Casal Esportiu/Casal d'Estiu a l'hora de l'acabament de les activitats
- AUTORITZO       NO AUTORITZO      Que el/la meu/va fill/a participi en les sortides programades per l'entorn del poble
- AUTORITZO       NO AUTORITZO      A captar, reproduir i difondre la imatge del/la meu/va fill/a per qualsevol tipus de suport o canal de comunicació municipal (pàgina web, blogs, xarxes socials de l'Ajuntament, així com a les publicacions editades per l'Ajuntament de Montornès del Vallès). Aquestes fotografies es destinaran a difusió pública no comercial. En qualsevol moment podeu revocar aquest consentiment mitjançant un escrit dirigit al CEM Les Vernedes, Gran Vial, 3 – 08170 Montornès del Vallès.

### DADES MÈDIQUES

Feu constar qualsevol dada o informació que creieu oportú que conegui la direcció de l'activitat.

Sap nedar?       Sí       No

Es cansa aviat jugant o fent esport?       Sí       No

Pateix hemorràgies sovint?       Sí       No

Pateix del cor?       Sí       No

Pateix o ha patit convulsions?       Sí       No

Pateix alguna al·lèrgia?       Sí      Quina?   No

Pren alguna medicació?       Sí      Quina?   No

Adjunta certificat mèdic que ho acrediti?  Sí  No

Detalleu altres malalties o observacions a tenir en compte:

Montornès del Vallès,  de/d'  de

Les dades consignades en aquest document són necessàries per a la resolució i notificació de la seva sol·licitud, i resten incorporades a un fitxer automatitzat de l'Ajuntament. Les dades de caràcter personal no poden ser cedides ni comunicades a tercers, llevat dels supòsits legalment previstos. La persona interessada pot exercir els drets i decisions individuals automatitzades d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament i portabilitat de les dades, d'acord amb allò establert en la Llei orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal i en el Reglament General de Protecció de dades UE 2016/679.

(Signatura)