1. **DADES PERSONALS**

**NOM I COGNOMS:**
Data de naixement:      Núm. SS:      Curs:

Nom mare:       NIF:      Professió:

Nom pare:       NIF:      Professió:

C/      Núm.:      Pis:      CP:

Població:      E-mail familiar:

Mòbil JOVE:       Email:

Mòbil MARE:      Mòbil PARE:      Situació familiar:

Tel. CASA:      Tel. secundaris:

**Reserva de les dates:** del 2 de juliol al 8 de juliol

1. **INFORMACIÓ PERSONAL**

**Ets al·lèrgic/a?** (aliment, medicació…) [ ]  NO [ ]  SÍ

**Estàs al dia de les vacunes?** [ ]  NO [ ]  SÍ

**Saps nedar?** [ ]  NO [ ]  SÍ

**Alguna discapacitat?** [ ]  NO [ ]  SÍ

**Tens cardiopatia congènita?** [ ]  NO [ ]  SÍ

**Tens alguna altra malaltia crònica?** [ ]  NO [ ]  SÍ

**Prens medicació crònica?** [ ]  NO [ ]  SÍ En cas afirmatiu, ompliu tot l’apartat **3**

**BREU DESCRIPCIÓ DEL CARÀCTER:**

**Véns sol o amics o familiars?** **[ ]** NO **[ ]** SÍ

**Observacions (per omplir a l’arribada a les estades):**

**AUTORITZACIONS MEDICACIÓ**

En cas de **febre** **AUTORITZO** medicar al meu fill/a amb       cada      h. dosi

En cas de **cardiopatia congènita i / o una altra patologia crònica**, **AUTORITZO** a medicar al meu fill/a amb :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicament** | **Dosis** | **Hora** | **Observacions** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

1. **HABILITATS A POTENCIAR**

**Indiqueu 2 habilitats** que us agradaria treballar (paciència, autoestima, comunicació positiva, etc, …):

**OMPLIR EN CAS DE QUE EL PARTICIPANT SIGUI MENOR D’EDAT**

**NOM del/de la JOVE/A**

**AUTORITZACIÓ**

**Jo**,       major d’edat i amb DNI
dono permís a      de      anys, com a pare/mare o tutor, perquè passi els dies       a la Casa de mestre de Calonge de Segarra, participant al “Fes un Break” organitzades per l’AACIC CorAvant i Cal Graells sota la responsabilitat que de mi requereix.

Dono el consentiment per a la realització de fotografies on aparegui el meu fill en activitats pròpies de Cal Graells i de l’AACIC CorAvant que poden aparèixer a la web i als catàlegs d’aquestes entitats, segons el dret a la imatge de l’article 18.1 de la Constitució, regulat per la Llei 5/1982.

Segons la Llei 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, presto el meu consentiment i autoritzo de manera expressa a l’AACIC que les dades facilitades passaran a formar part d’un fitxer i seran tractades d’acord amb els preceptes de la Llei. En qualsevol cas però, podeu exercir els drets d’accés, ratificació, cancel·lació, i oposició mitjançant correu certificat a l’AACIC.

Faig constar que accepto les normes del funcionament de Cal Graells i les decisions medicoquirúrgiques necessàries.

**I, perquè consti, signo el present permís en data d’avui**      **de**      **de**

*SIGNATURA pare, mare, tutor.*

**OMPLIR EN CAS DE QUE EL PARTICIPANT SIGUI MAJOR D’EDAT**

**NOM del/de la JOVE/A**

**AUTORITZACIÓ**

**Jo,**       major d’edat i amb DNI
accepto passar els dies       a la Casa de mestre de Calonge de Segarra, participant a l’activitat “Fes un Break” organitzades per l’AACIC CoAvant i Cal Graells sota la responsabilitat que de mi requereix.

Dono el consentiment per a la realització de fotografies on aparegui la meva imatge en activitats pròpies de Cal Graells i de l’AACIC CorAvant que poden aparèixer a la web i als catàlegs d’aquestes entitats, segons el dret a la imatge de l’article 18.1 de la Constitució, regulat per la Llei 5/1982.

Segons la Llei 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal, presto el meu consentiment i autoritzo de manera expressa a l’AACIC que les dades facilitades passaran a formar part d’un fitxer i seran tractades d’acord amb els preceptes de la Llei. En qualsevol cas però, podeu exercir els drets d’accés, ratificació, cancel·lació, i oposició mitjançant correu certificat a l’empresa.

Faig constar que accepto les normes del funcionament de Cal Graells i les decisions medicoquirúrgiques necessàries.

**I, perquè consti, signo el present permís en data d’avui**      **de**      **de**

*SIGNATURA del PARTICIPANT*