



Agrupament Escolta Rocafort

c/ Girona, 4 (08440 Cardedeu)
CIF G.60857950 Reg. 2054 SGJC
<http://aerocafort.org>
info@aerocafort.org

FULL D'INSCRIPCIÓ

Nom i cognoms

Data de naixement Lloc

Adreça

Població Codi Postal

Telèfon particular DNI

Tutor legal Nom: Cognoms

 DNI: Professió

 Mòbil: Correu electrònic

Tutor legal Nom: Cognoms

 DNI: Professió

 Mòbil: Correu electrònic

Té germans i és el (núm. ordre)

Estudia el curs al centre

Ha fet colònies o campaments? Quants dies màxim?

Marca amb una creu aquells apartats que creguis convenients:

☐ **AUTORITZO** al meu fill/a a participar en les reunions, jocs, excursions i d'altres activitats pròpies de l'Escoltisme que l'Agrupament organitzi en profit dels seus components.

☐ **AUTORITZO** a l'Agrupament Escolta Rocafort a fer ús de les imatges, fotografies i vídeos realitzats en les diferents activitats per a ser publicades a la pàgina web de l'Agrupament, en revistes d'àmbit pedagògic, en reculls gràfics sobre suports digitals i en els perfils oficials de les xarxes socials de l'Agrupament.

☐ **AUTORITZO** que, en cas d'accident o malaltia que requereixi una intervenció quirúrgica urgent, el metge que atengui al meu fill/a l'efectuï. Així mateix, assumeixo tota responsabilitat derivada de qualsevol accident o malaltia que pugui tenir el meu fill/a durant les activitats, confiant en la capacitat de decisió dels caps.

☐ **AUTORITZO** al meu fill/a a utilitzar tot tipus de transport públic o privat que sigui necessari utilitzar per a les sortides, confiant en la decisió dels seus Caps segons les circumstàncies de l'excursió.

☐ **AUTORITZO** al meu fill/a a marxar sol/a del Cau un cop finalitzades les activitats programades.

☐ **AUTORITZO** a l'Agrupament Escolta Rocafort i a la Colla de Pares a utilitzar el següent correu electrònic com a via de comunicació per a rebre informació sobre les activitats que es duiguin a terme al llarg del curs:

.....

A Cardedeu a de del 20.....

Signatura del tutor legal

FULL DE DADES MÈDIQUES

Nom i cognoms.....Grup sanguini.....

Està vacunat?..... Data última vacuna antitetànica:.....

Ha estat intervingut/da quirúrgicament?..... De què?.....

Pateix alguna malaltia de llarga durada? (asma, epilèpsia, migranya, etc.).....

Pren algun medicament per aquest motiu? Quin?

Amb quina freqüència (dies, horari, dosi...)?.....

Es posa malalt/a amb freqüència?..... De què?.....

Indiqueu si en l'actualitat pateix habitualment alguna d'aquestes situacions:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Angines, faringitis, mal de coll | ☐ Mal de queixal, genives | ☐ Gastroenteritis, diarrees... |
| ☐ Mals de cap, migranyes | ☐ Marejos, vertigen | ☐ Restrenyiments |
| ☐ Refredats freqüents | ☐ Hemorràgies nasals | ☐ Problemes menstruals |

Té problemes amb la vista o la oïda?..... Quins?.....

Té alguna dificultat psíquica?..... Quina?.....

Té alguna dificultat física o sensorial?..... Quina?.....

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc)?..... Quina?.....

Té cap discapacitat o pateix cap malaltia psíquica o psicològica?.....Quina?.....

És diabètic/a?.....És hiperactiu/va?.....

Precisa cap tractament farmacològic?

Quin?..... Freqüència?.....

Precisa cap tractament homeopàtic?

Quin?..... Freqüència?.....

És al·lèrgic/a?..... A què?.....

Quin medicament pren per l'al·lèrgia?.....

Amb quina freqüència (dies, horari, dosi...)?.....

Menja: de tot..... poques coses..... Quantitat: molt..... poc.....

Segueix algun règim especial?.....Per què?.....

És intolerant a algun aliment?..... A què?.....

Dorm bé?..... Quantes hores dorm normalment?..... Té insomni?.....

Terrors nocturns? Pateix Enuresi (pèrdues orina)?.....

Altres informacions que la família consideri d'interès (us demanem informeu de tots aquells detalls que puguin ser rellevants (caràcter, integració, separacions familiars, etc) o que l'hagin afectat especialment).....

Certifico que tota la informació donada és certa i que no estic ocultant cap dada deliberadament.

A Cardedeu a de del 20.....

Signatura del tutor legal