

AUTORITZACIÓ

Jo _____ amb DNI _____, com a mare/pare/tutor/a legal, AUTORITZO al/la jove _____ amb DNI _____ a participar a les activitats organitzades per PACCS durant els dies _____ de _____ (mes) a _____ (lloc).

Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ per tal de:

- Que la imatge del/la jove pugui aparèixer en les fotografies i enregistraments de vídeo que es facin durant l'activitat amb l'objectiu de fer difusió del projecte a través de publicacions, mitjans de comunicació i la web, incloent la publicació d'aquestes imatges a les xarxes socials de PACCS.
- Que el/la jove pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i es puguin prendre les decisions mèdiques per part del corresponent equip mèdic, en cas d'urgència.
- Que es pugui transportar el/la jove en un vehicle privat de l'organització a un centre sanitari, sempre que es necessiti atenció mèdica i prèvia indicació de les autoritats sanitàries pertinents.
- Que se li puguin fer les cures pertinents i els primers auxilis al/la jove en cas d ferides lleus.
- Que el/la jove es pugui banyar en piscines públiques o privades, rius, pantans, gorgs, llacs o el mar.

Així mateix,

[] Sí / [] NO **Autoritzo** a que el/la jove pugui tornar sol/a casa un cop finalitzada l'activitat, sota la meua responsabilitat.

Igualment, en cas de produir-se una circumstància anòmala (malaltia, mal comportament...) que, a judici de l'equip dirigent de l'activitat, impliqués l'abandonament de l'activitat per part del/la meu/meua fill/a, em comprometo a recollir-la/o al lloc de l'estada.

Observacions:

A _____ de _____ del 20 ____

Signatura:

FITXA MÈDICA

Nom i Cognoms del/la jove: _____

Nº Seguretat Social: _____

Noms i Cognoms de la mare / pare o tutor/a: _____

Telèfons de contacte: 1. _____

2. _____

Adreça: _____

Salut

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgies, asma, intoleràncies, problemes cardiovasculars...)

[] NO

[] Sí. Quina/es?

Jo, _____ amb DNI _____ com a pare / mare / tutor/a,
AUTORITZO a PACCS a administrar els medicaments que indico en les dosis i els horaris
corresponents al/la jove _____ amb DNI _____ durant el
transcurs de l'activitat.

Medicament 1

Nom del medicament:

Dosis:

Horari :

Medicament 2

Nom del medicament:

Dosis:

Horari :

Observacions:

A _____ de _____ del 20 ____

Signatura: