

FITXA MÈDICA

Medicaments o qualsevol altre informació que pot ser del nostre interès.

Medicaments:.....

....

Malalties cròniques: sí no

Quines?.....

Al·lèrgies: sí , no

Quines?.....

Sap nedar? Molt bastant gens

AUTORITZACIÓ MÈDICA

Jo, en/na.....amb

DNI:.....

autoritzo el/la meu/va

fill/a:.....

que se li pugui administrar, en cas de necessitat, els següents medicaments:

- | | | |
|----|----|--|
| SI | NO | Povidona iodada (Topionic, Betadine...) |
| SI | NO | Afterbite (Amoníac per les picades d'insecte) |
| SI | NO | Pastilles pel mal de coll (Llzipaina, Angileptol, clorat de potassa) |
| SI | NO | Silverderma (Sulfadiazina argèntica, crema per les cremades) |

Signatura pare, mare o tutor/a:

Barcelona, a..... de.....de 20...

AUTORITZACIÓ FOTOGRAFIA

El Centre d'Esplai Xiroc té un espai web i farà difusió de fotografies fetes en les seves activitats de dissabte, excursions... En aquesta web s'hi publiquen imatges en les quals apareixen, individualment o en grup, nens/es realitzant les esmentades activitats, igual que en possibles CD's de fotografies que podem fer.

Atès que el dret a la pròpia imatge està reconegut dins l'article 18.1 de la Constitució i regulat per la llei 5/1982, de 5 de maig, sobre a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, el centre demana el consentiment als pares, mares o tutors legals per poder publicar fotografies on apareguin els seus fills/es i on siguin clarament identificables.

Jo,....., amb DNI....., autoritzo que la imatge del meu fill/a..... aparegui en els llocs esmentats.

signatura del pare, mare, o tutor/a legal:

Barcelona, a..... de.....de 20...
