

ESPORTIUEIG 2024

AUTORITZACIÓ PARE/MARE/TUTOR



Autoritzo a _____ nascut/da en data _____ a assistir a l'Esportiueig 2024 organitzat per l'Ajuntament d'Igualada i faig extensiva l'autorització a:

- Rebre intervenció quirúrgica o qualsevol altra intervenció mèdica per part dels professionals mèdics, en cas d'urgència.
- Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.
- Participar en les sortides programades per l'edició d'enguany.
- Realitzar activitats físicoesportives.
- Autoritza la publicació de fotos de l'infant amb finalitats no comercials de difusió de les activitats en els diferents mitjans del Servei d'Esports de l'Ajuntament d'Igualada.
- Vostè accepta rebre comunicacions electròniques de part nostra; ens comunicarem amb vostè per correu electrònic, via WhatsApp o missatges SMS.

Jo _____ amb DNI _____

A Igualada a _____ de 2024

Signatura

FITXA DE SALUT

Està al corrent del Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya.

No està al corrent del Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya i em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències derivades d'aquest fet tot exonerat de qualsevol responsabilitat l'entitat organitzadora, el responsable de l'activitat i l'equip de monitors.

Pateix freqüentment alguna malaltia? Sí No
En cas afirmatiu, indiqueu quina:

Té algun tipus de NEE (Necessitat Especial Educativa)? Sí No
En cas afirmatiu, indiqueu quina:

Altres observacions mèdiques: