

AUTORITZACIÓ ESPLAI TRÈVOL

Autorització de la participació a l'esplai Trèvol del Vendrell:

Jo, _____, amb DNI _____ - _____, com a pare,
mare, tutor/a de _____:

1. **L'AUTORITZO A PARTICIPAR** en el projecte **esplai Trèvol del Vendrell**, que organitza l'Associació Trèvol en les condicions establertes i faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que siguin necessàries adoptar en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa.
2. **ACCEPTO** que l'horari i la responsabilitat de l'organització acaba segons els horaris que es determinen en la publicitat de l'activitat.
3. **DONO EL MEU CONSENTIMENT** per a l'ús de la seva imatge (Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge) en documentació i mitjans relacionats amb l'activitat. En cas negatiu ho comunicaré expressament a l'organització.
4. Als efectes del que disposa la llei de Protecció de dades de caràcter personal (Llei orgànica 15/1999 de 13 de desembre), us informem que les dades que ens faciliteu en aquest formulari seran incorporades a la base de dades generals de l'Associació Trèvol, per tal que aquesta només en faci ús per a la seva consulta interna. I que aquestes dades es faciliten voluntàriament per poder participar en aquesta activitat.

Signatura del pare, mare/tutor:

Data:

Autorització per marxar sol/a:

Jo, _____, amb DNI _____ - _____, com a pare,
mare, tutor/a de _____:

Signatura del pare, mare/tutor:

Data:

En el cas que la persona que reculli l'infant sigui diferent a l'habitual, caldrà comunicar-ho a l'equip de monitors/es, especificant el nom i el parentiu de la persona que recollirà el nen/a.



AUTORITZACIÓ DE LA MEDICACIÓ

Cal omplir l'autorització només en el cas que l'infant/jove hagi de prendre medicació durant l'horari d'activitat (10 h -13 h).

Jo, _____, amb DNI _____ - _____, com a pare, mare, tutor/a de _____; autoritzo l'equip de monitors/es de l'esplai Trèvol a administrar la següent medicació segons prescripció facultativa:

Nom del medicament	Horari en què l'ha de prendre	Dosi

Signatura pare, mare o tutor/a:

El Vendrell a.....de.....del 20..... .

DOCUMENTACIÓ QUE CAL ADJUNTAR:

Recepta del metge on estigui indicat el nom de la medicació i la dosi que cal administrar.