

PRIMER COGNOM	SEGON COGNOM	NOM	CURS

**AUTORITZACIÓ PATERNA (A omplir pels pares)**

\_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

Autoritzo al meu fill/a \_\_\_\_\_ a participar del casal d'estiu del 2017, organitzat per Mandales – Lleure Creatiu- del 22 de juny al 8 de setembre del 2017. Accepto les condicions establertes i manifesto el meu acord perquè participi de totes i cadascuna de les activitats programades; faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que calgués adoptar en cas d'extrema urgència i sota la pertinent direcció facultativa i manifesto que són certes totes les dades que s'adjunten en aquesta fitxa.

*Signatura*

**INFORMACIÓ SANITÀRIA**

Actualment pateix alguna malaltia? \_\_\_\_ Quina? \_\_\_\_\_

Tractament, dosi i duració \_\_\_\_\_

Es posa malalt/a freqüentment ( angines o faringitis, refredats, asma, mal de queixals...?)

Indiqueu a què: \_\_\_\_\_

És al·lèrgic/a a algun medicament? \_\_\_\_ A quin/s? \_\_\_\_\_

Pateix algun tipus d'al·lèrgia alimentària o respiratòria? \_\_\_\_ Quina: \_\_\_\_\_

**VACUNES**

Ha estat vacunat/da del tètanus. Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Ha estat vacunat/da contra el tifus. Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

El meu fill/a te el carnet de les piscines de Palau: SI

NO