



FULL D'AUTORITZACIONS/ HOJA DE AUTORIZACIONES ESCOLA D'HIVERN ALBAL 2023

Autorització per a la presa d'imatges dels xiquets/es que participen en l'Escola d'Hivern i possible publicació d'estes/ Autorización para la toma de imágenes de niños/as que participarán en la Escuela de Invierno y su posible publicación.

Sr./Sra. _____

Amb DNI/con DNI _____ com a pare/mare o tutor del xiquet/a/padre/madre tutor/a del niño/a

- SÍ QUE DONE EL MEU CONSENTIMENT / SI DOY EL CONSENTIMIENTO
 NO DONE EL MEU CONSENTIMENT/NO DOY EL CONSENTIMIENTO

Perquè si es fera alguna fotografia o gravació durant l'Escola d'hivern , el meu fill/a puga aparéixer en alguna publicació municipal./Para que de hacerse alguna fotografía durante la escuela de Invierno, mi hijo/a pueda aparecer en alguna publicación municipal

Firma pare/mare o tutor/a
Firma padre, madre, tutor/a

Autorització per a la recollida de xiquets/es/ Autorización para la recogida de los niños/as

El xiquet/a tornarà sol de l'Escola d'Hivern? /El niño/a volverá solo de la Escuela de Invierno Sí NO
En cas de no tornar sol/a, quines persones estan autoritzades a recollir-lo?/ En el caso de no volver solo/a que personas pueden recogerlo.

Nom de la persona autoritzada/ Nombre de persona autorizada	DNI



Autorització per a les eixides pel municipi/ Autorización para salidas por el municipio

Hem previst en les activitats de l'Escola d'Hivern fer eixides pel municipi (Casa de Cultura, mercat, centres i espais municipals, etc.), de les quals sereu informats/des a l'inici de l'activitat, el desplaçament serà a peu. Sol·licitem el vostre consentiment per a desplaçar-nos als esmentats llocs/Hemos previsto en las actividades de la Escuela de Invierno hacer salidas por el municipio (Casa de Cultura, mercado, centros y espacios municipales, etc.), de lo que seréis informados/as al inicio de la actividad, el desplazamiento será a pie. Solicitamos vuestro consentimiento para desplazarnos a los mencionados lugares

Sr./Sra. _____ amb DNI _____ com a pare/mare o tutor del xiquet/a

(Marqueu amb una X la casella desitjada)

- SÍ QUE DONE EL MEU CONSENTIMENT/SI DOY EL CONSENTIMIENTO
NO DONE EL MEU CONSENTIMENT/NO DOY MI CONSENTIMIENTO

FIRMA PARE, MARE, TUTOR/A
PADRE, MADRE O TUTOR/A





FITXA MÈDICA- FICHA MÉDICA ESCOLA D'HIVERN ALBAL 2023



NOM I COGNOMS DEL XIQUET/A / NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A. Curs escolar 2023/2023

Patix el seu fill/a algun tipus d'**al·lèrgia?** / Padece su hijo/a algun tipo de **alergia?**

Patix en l'actualitat alguna **malaltia?** Padece en la actualidad alguna **enfermedad?**

És propens a patir alguna **malaltia?** / Es propenso/a a padecer alguna **enfermedad?**

Està seguint algun **tractament mèdic** en l'actualitat en horari de l'Escola d'Hivern?

Está siguiendo algún **tratamiento medico** en la actualidad en horario de la Escuela de Invierno

Especifiqueu, si és el cas, si el seu fill/a no pot realitzar algun tipus d'activitat física.

Especificar, si es el caso, si su hjo/a no puede realizar algun tipo de actividad física.

Observacions mèdiques que els/les monitors/es han de saber/*Observaciones médicas que los monitores/as han de saber*

Firma: pare, mare, tutor del xiquet/a

Firma: *padre, madre o tutor/a*