



Autorització de participació:

En/Na amb DNI
com a tutor o tutora legal de l'infant

amb DNI..... verifico totes les dades que aquí consten i, a la vegada,
l'AUTORITZO a participar a les activitats organitzades per La Granja Ability Training Center
(Mirada Granja SL), durant les activitats de l'estiu 2023.

Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ a:

- ☐ Que l'infant pugui ser atès per un metge en cas d'accident o malaltia i l'organització pugui prendre les decisions mèdico-quirúrgiques que siguin necessàries, sota la direcció facultativa pertinent.
- ☐ Que l'infant pugui ser transportat en un vehicle privat de l'organització a un centre sanitari, sempre que es necessiti atenció mèdica i prèvia indicació de les autoritats sanitàries pertinents (112).
- ☐ Que l'infant pugui rebre les cures pertinents i els primers auxilis en cas de ferides lleus, sempre prèvia revisió de la seva fitxa de salut.
- ☐ Que l'infant es pugui banyar en piscines, rius, pantans, basses, llacs o mar...

Igualment, en cas de produir-se qualsevol circumstància anòmla (malaltia, mal comportament, ...) que, a judici de l'equip dirigent de l'activitat, impliqués l'abandonament de l'activitat per part de l'infant, em comprometo a recollir-lo/a al lloc de l'estada.

I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a:

Signatura del tutor o de la tutora legal

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

Al lliurar-nos les vostres dades accepteu el tractament d'aquestes, per part de l'esplai, i la cessió puntual a d'altres entitats de ESPLAC, així com a d'altres organismes que ens obliguin legalment. Us informem, també, de la possibilitat d'exercir, en qualsevol moment, els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i/o oposició de les vostres dades de caràcter personal mitjançant correu electrònic dirigit a l'Esplai Xirusplai (xirusplai@gmail.com) o bé mitjançant escrit dirigit a la seu social de l'esplai al C/ Sant Anastasi, 2 – 08911 (Badalona)



AUTORITZACIÓ DE DRETS IMATGE

En/Na _____ major d'edat i amb
N.I.F. número _____ com a
pare/mare/tutor/a legal de _____ que participarà en
els campaments d'estiu 2024 del projecte Invulnerables, organitzat pel convent Santa Clara
i La Granja Ability Training Center (Mirada Granja SL CIF B-67123018)

Atès que el dret a la pròpia imatge és un dret reconegut a l'article 18.1 de la Constitució Espanyola i regulat per la Llei 5/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, voluntària i desinteressadament dono expressament el consentiment i autoritzo a La Granja Ability Training Center (Mirada Granja SL), a la captació i ús de la imatge del meu fill/a, dins el marc dels campaments d'estiu 2024 del projecte Invulnerables i difondre-les posteriorment pels mitjans habituals de difusió de La Granja: principalment per la pròpia web municipal i xarxes socials, així com altres plataformes de difusió municipals que se'n pugui derivar.

Signatura,

Manresa, ____ de _____ de 2024



AUTORITZACIÓ D' ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Text normatiu. Administració medicació a infants.

"Per poder administrar medicació als participants cal que el pare, mare o tutor/a legal aportí una recepta o informe del metge o metgessa on consti el nom de l'infant, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre. Així mateix, el pare, mare o tutor/a legal ha d'aportar un escrit on es demani i s'autoritzi al personal responsable de l'activitat que administri al fill o filla la medicació prescrita, sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari de l'activitat."

Nom i cognoms de l'infant:.....curs.....

Nom i cognoms del pare/mare o tutor legal de l'alumne/a:.....

DNI del pare/mare/tutor:.....

AUTORITZO sota la meva responsabilitat, a Mirada Granja SL (CIF B67123018) (monitors/es i responsables de l'activitat), a administrar la medicació al meu fill/a segons pauta indicada i per prescripció mèdica.

Nom del medicament:.....

Dosi:.....hora:.....

Durada: ☐ un dia,

☐ des del diafins el dia.....

El medicament: ☐ torna a casa ☐ es queda a l'escola

Mirada Granja SL (CIF B67123018) no es fa responsable dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Manresa, a..... de de 202...

Signatura:

Cada vegada que es necessiti donar un medicament cal adjuntar els següents documents i lliurar-los a la persona responsable:

1. Còpia recepta mèdica.
2. Medicament (marcat amb el nom de l'alumne/a i del grup)
3. Full d'autorització