INSCRIPCIÓ

CASAL D’ESTIU JOGGI DALMAR 2025

30 DE JUNY AL 1 D’AGOST DE 2024

| DADES DEL NEN-A | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | 1er cognom | | | 2n cognom |
|  |  | | |  |
| Data naixement | Curs (realitzat) | | Edat | DNI |
|  |  | |  |  |
| Adreça | | | |  |
| Carrer, o via, i nº | D.P. | Població | | email |
|  |  |  | |  |

| RESPONSABLE FAMILIAR 1 | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Parentiu | Telèfon 1 | Telèfon 2 |
|  |  |  |  |
| RESPONSABLE FAMILIAR 2 | | | |
| Nom | Parentiu | Telèfon 1 | Telèfon 2 |
|  |  |  |  |
| RESPONSABLE FAMILIAR 3 | | | |
| Nom | Parentiu | Telèfon 1 | Telèfon 2 |
|  |  |  |  |

**SETMANA/ES D’ASSISTÈNCIA AL CASAL** (**assenyalar amb una X** la casella corresponent)

| Setmana | Dates | Assenyaleu amb una **X** |
| --- | --- | --- |
| 1 | Del 30 de juny al 4 de juliol de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 2 | del 7 al 11 de juliol de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 3 | del 14 al 18 de juliol de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 4 | del 21 al 25 de juliol de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 5 | del 28 de juliol al 1 d’agost de 2025 (de 9h a 17h) |  |
|  | SERVEI D’**AUTOCAR** |  |

AUTORITZACIÓ

| DADES DEL NEN-A | | |
| --- | --- | --- |
| Nom | 1er cognom | 2n cognom |
|  |  |  |

En/Na...................................................................................................................................................

amb D.N.I……………………………………………..

com a **Pare / Mare / Tutor/a** Autoritzo el meu fill/a a assistir al Casal d'estiu 2025, amb l'Associació Educativa Joggi Dalmar, el qual es realitzarà des del 30 de juny al 1 d’agost de 2025. Faig extensiva aquesta autorització a:

* La realització d’activitats fisico-esportives.
* El bany a la piscina del Camping 3 estrellas (Gavà), i a la platja adjacent al mateix
* Ser fotografiat i filmat durant tota la durada de les activitats d’estiu de Joggi Dalmar, així com que les seves imatges puguin veure’s a la web de l’Associació, i al seu canal a youtube.
* Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.
* Efectuar petites cures i subministrar els medicaments contemplats a la fitxa d’Autorització de medicaments generals, per part de l’equip de dirigents.
* Prendre les decisions mèdico-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d’extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

Barcelona, 30 de Juny de 2025

**Signatura**

FITXA DE SALUT

-Pateix alguna malaltia? Quina?

.................................................................................................................................................................

-Té problemes amb la vista o l’oïda? Quins?

.................................................................................................................................................................

-Té alguna disminució? De quin tipus? Quina?

.................................................................................................................................................................

-Té alguna dificultat motriu? Quina?

.................................................................................................................................................................

-Té problemes d’enuresi? Diürna? Nocturna?

.................................................................................................................................................................

-Té algun problemes mèdics amb el menjar? Detallar. Segueix algun regim d’alimentació específic?

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

-Es mareja amb facilitat?...................................-Sap nedar?.................................................................

-Pren alguna medicació? Quina? (cas afirmatiu haureu d’omplir fitxa autorització administració de medicaments)

.................................................................................................................................................................

Observacions / Puntualitzacions. Informeu de tot allò que no hagi estat tractat a les preguntes anteriors i cregui oportú comunicar

.................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

En/Na.......................................................................................amb DNI..................................................

Certifica que l’infant.............................................................................amb DNI......................................

Està protegit amb les **vacunes** assenyalades per la normativa vigent, i es compromet a portar diàriament la **tarja sanitària original**, així com a aportar la fotocòpia del **carnet de vacunacions**, juntament amb la present documentació, el seu primer dia de Casal.

Barcelona, 30 de Juny de 2025

**Signatura**

FITXA D’AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS GENERALS

En/Na ..................................................................................................................................................

amb D.N.I ................................. com a pare/ mare/persona que té la pàtria potestat o guàrdia

legal de (nom i cognoms del nen/a)...............................................................................................................

Autoritza sota la seva responsabilitat als dirigents del Casal a administrar els medicaments que a continuació s’indiquen, amb la pauta i la dosi que s’especifiquen.

| MEDICAMENT | SI | NO | DOSI |
| --- | --- | --- | --- |
| Afterbite |  |  |  |
| Aftersoon |  |  |  |
| Apiretal |  |  |  |
| Arnica |  |  |  |
| Betadine |  |  |  |
| Clorhexidina |  |  |  |
| Crema solar |  |  |  |
| Dalsy |  |  |  |
| Fastum gel |  |  |  |
| Fenistil |  |  |  |
| Ibuprofeno |  |  |  |
| Kalamina |  |  |  |
| Linitul |  |  |  |
| Oli essencial (té, citronella, gerani) |  |  |  |
| Paracetamol |  |  |  |
| Sèrum fisiològic |  |  |  |
| Silvederma |  |  |  |
| Thrombocid |  |  |  |
| Voltaren |  |  |  |

Marcar amb una X sí, o no. En cas necessari especificar la dosi a administrar.

Barcelona, 30 de Juny de 2025

**Signatura**

FITXA D’AUTORITZACIÓ MEDICAMENTS ESPECÍFICS

***(Omplir NOMÉS en el cas que es prenguin medicaments durant el Casal )***

En/Na .................................................................................................................................................. amb D.N.I ................................. com a pare/ mare/persona que té la pàtria potestat o guàrdia legal de (nom i cognoms del nen/a)...............................................................................................................

Autoritza sota la seva responsabilitat als dirigents del Casal a administrar els medicaments que a continuació s’indiquen, amb la pauta i la dosi que s’especifiqui.

| **Medicament** | | **Data inici tractament** | | **Data final tractament** | **Dosi** | **Horari d’administració** | **Abans/després de menjar** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |  |  |  |  |
| **Observacions:** | | | | | | | |
| **Medicament** | **Data inici tractament** | | **Data final tractament** | | **Dosi** | **Horari d’administració** | **Abans/després de menjar** |
|  |  | |  | |  |  |  |
| **Observacions:** | | | | | | | |
| **Medicament** | **Data inici tractament** | | **Data final tractament** | | **Dosi** | **Horari d’administració** | **Abans/després de menjar** |
|  |  | |  | |  |  |  |
| **Observacions:** | | | | | | | |

Barcelona, 30 de Juny de 2025

**Signatura**