INSCRIPCIÓN

CASAL DE VERANO JOGGI DALMAR 2025

30 DE JUNIO AL 1 DE AGOSTO DE 2025

| DATOS DEL NIÑO-A |
| --- |
| Nombre | 1er apellido  | 2º apellido |
|  |  |  |
| Fecha nacimiento | Curso (realizado) | Edad | DNI |
|  |  |  |  |
| Dirección |
| Calle, o vía, y nº | D.P. | Población | email |
|  |  |  |  |

| RESPONSABLE FAMILIAR 1 |
| --- |
| Nombre | Parentesco | Teléfono 1 | Teléfono 2 |
|  |  |  |  |
| RESPONSABLE FAMILIAR 2 |
| Nombre | Parentesco | Teléfono 1 | Teléfono 2 |
|  |  |  |  |
| RESPONSABLE FAMILIAR 3 |
| Nombre | Parentesco | Teléfono 1 | Teléfono 2 |
|  |  |  |  |

SEMANA/AS DE ASISTENCIA AL CASAL (**Señalar con una X** la casilla correspondiente)

| Semana  | Fechas | Señalar con una **X** |
| --- | --- | --- |
| 1 | del 30 de junio al 4 de julio de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 2 | del 7 al 11 de julio de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 3 | del 14 al 18 de julio de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 4 | Del 21 al 25 de julio de 2025 (de 9h a 17h) |  |
| 5 | del 28 de julio al 1 de agosto de 2025 (de 9h a 17h) |  |
|  |  SERVICIO DE **AUTOCAR** |  |

AUTORIZACIÓN

| DATOS DEL NIÑO/A |
| --- |
| Nombre  | 1er apellido  | 2º apellido |
|  |  |  |

El Sr./a.................................................................................................................................................

con D.N.I……………………………………………..

como a **Padre / Madre / Tutor/a** Autorizo a mi hijo/a a asistir al Casal de verano 2025, con l’Associació Educativa Joggi Dalmar, el cual se realizará desde el 30 de junio al 1 de agosto de 2025. Hago extensiva esta autorización a:

* La realización de actividades físico-deportivas.
* El baño en la piscina del Camping 3 estrellas (Gavà), y en la playa adyacente al mismo.
* Ser fotografiado/a y filmado/a durante toda la duración de las actividades de verano de Joggi Dalmar, así como a que sus imágenes puedan verse en la página web de la Associació, y en su canal en youtube.
* Usar un vehículo privado para el desplazamiento no urgente ni especializado, en el caso de necesitar atención médica.
* Efectuar pequeñas curas y suministrar los medicamentos contemplados en la ficha de Autorización para medicamentos generales, por parte del equipo de dirigentes.
* Tomar las decisiones médico-quirúrgicas que fuera pertinente adoptar en caso de extrema urgencia, bajo la pertinente dirección facultativa.

Barcelona 30 de junio de 2025

**Firma**

FICHA DE SALUD

-¿Sufre alguna enfermedad? ¿Cuál?

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

-¿Tiene problemas de vista u oído? ¿Cuáles?

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

-¿Tiene alguna disminución? ¿De qué tipo? Cuál?

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

-¿Tiene alguna dificultad motriz? ¿Cual?

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

-¿Tiene problemas de enuresis? ¿Diurna? ¿Nocturna?

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

-¿Tiene problemas médicos con la comida? Detallar.¿ Sigue algún régimen alimenticio específico?

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

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

-¿Se marea con facilidad?.................................-¿Sabe nadar?...........................................................

-¿Toma medicación? ¿Cuál? (caso afirmativo rellenar ficha autorización medicamentos específicos)

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

Observaciones / Puntualizaciones. Informen de aquello que no haya sido detallado en las preguntas anteriores y crea oportuno comunicar

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

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

Sr/a.......................................................................................con DNI..................................................

Certifica que el niño/a…...............................................................................con DNI...............................

Está protegido con las **vacunas** señaladas por la legislación vigente, y se compromete a llevar la **tarjeta sanitaria original**, así como a aportar la fotocopia del **carnet de vacunaciones** junto a la presente documentación, en su primer día de Casal.

Barcelona 30 de junio de 2025

 **Firma**

FICHA AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS GENERALES

Sr/a ..................................................................................................................................................

con D.N.I ................................. como padre/madre/tutor-a de (nombre y apellidos del niño/a)…………………

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

Autoriza bajo su responsabilidad a los dirigentes de la A.E.Joggi Dalmar a administrar los medicamentos que a continuación se indican, con la pauta y dosis que se especifican.

| MEDICAMENTO | SÍ | NO | DOSIS |
| --- | --- | --- | --- |
| Afterbite |  |  |   |
| Aftersoon |  |  |   |
| Apiretal |  |  |  |
| Arnica |  |  |   |
| Betadine |  |  |   |
| Clorhexidina |  |  |  |
| Crema solar |  |  |  |
| Dalsy |  |  |  |
| Fastum gel |  |  |  |
| Fenistil |  |  |   |
| Ibuprofeno |  |  |  |
| Kalamina |  |  |  |
| Linitul |  |  |  |
| Aceite esencial (té, citronella, geranio) |  |  |   |
| Paracetamol |  |  |  |
| Suero fisiológico |  |  |  |
| Silvederma |  |  |  |
| Thrombocid |  |  |  |
| Voltaren |  |  |  |

Marcar con una X sí, o no. En caso necesario especificar la dosis a administrar.

Barcelona 30 de junio de 2025

**Firma**

FICHA DE AUTORIZACIÓN MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

***(Rellenar SOLAMENTE en caso de que se estén tomando medicamentos)***

Sr/a ....................................................................................................................................................

con D.N.I ................................. como padre/madre/tutor-a de (nombre y apellidos del niño/a)………………….

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

Autoriza bajo su responsabilidad a los dirigentes de la A.E.Joggi Dalmar a administrar los medicamentos que a continuación se indican, con la pauta y dosis que se especifiquen.

| **Medicamento** | **Fecha inicio tratamiento** | **Fecha final tratamiento** | **Dosis** | **Horario de administración** | **Antes/después de comer** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:** |
| **Medicamento** | **Fecha inicio tratamiento** | **Fecha final tratamiento** | **Dosis** | **Horario de administración** | **Antes/después de comer** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:** |
| **Medicamento** | **Fecha inicio tratamiento** | **Fecha final tratamiento** | **Dosis** | **Horario de administración** | **Antes/después de comer** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Observaciones:** |

Barcelona 30 de junio de 2025

**Firma**