



## FULL D'INSCRIPCIÓ DE MEG

DADES MENOR

Nom i cognoms\* \_\_\_\_\_

adreça\* \_\_\_\_\_ codi postal\* \_\_\_\_\_

població\* \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ data de naixement\* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

telèfon1\* \_\_\_\_\_ telèfon2 \_\_\_\_\_

Núm. targeta CatSalut: \_\_\_\_\_

### **Autorització\***

Jo, en/na: \_\_\_\_\_ amb DNI núm.: \_\_\_\_\_

i correu electrònic: \_\_\_\_\_

com a: pare  mare  tutor/a

AUTORITZO en/na  \_\_\_\_\_

de la unitat de \_\_\_\_\_ de

l'Agrupament Escolta i Guia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, que pertany a Minyons Escoltes i Guies de Catalunya (MEG)

Demarcació de \_\_\_\_\_, a participar en les excursions, campaments d'Hivern, Setmana Santa, d'estiu i en totes les activitats organitzades per l'agrupament, així com en activitats de bany i/o natació i cuinar.

Sap nedar: Sí  No

AUTORITZO als responsables de les activitats, per a proporcionar al meu fill/a l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitat. Igualment, autoritzo a l'hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari pel seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas. Amb el ben entès que contactaran amb nosaltres a la major brevetat possible.

Tanmateix, AUTORITZO a poder portar el meu fill/a al metge o a l'hospital en cotxe privat.

*Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades personals incloses en aquesta sol·licitud d'inscripció, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb **MEGSJC** seran incorporades en un fitxer propietat de **MEGSJC**, amb la finalitat de tramitar la sol·licitud, gestionar la participació dels menors en les activitats de l'entitat i complir amb el seu objecte social.*

*L'informem que les dades seran comunicades a la FUNDACIÓ PRIVADA JOSEP SANS amb la finalitat que rebí informació d'aquesta entitat sense afany de lucre d'àmbit català, que té com a missió col·laborar en l'educació dels infants i joves mitjançant el suport a moviments i institucions de joventut catalanes que emprin el mètode escolta i guia. Si no vol que es cedeixin les seves dades a la FUNDACIÓ PRIVADA JOSEP SANS marqui aquesta casella*

*En tot cas, podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació o oposició, dirigint-se per escrit a: **MINYONS ESCOLTES I GUIES SANT JORDI DE CATALUNYA (MEGSJC)**, Rambla Mossèn Jacint Verdaguer 10, 08197 Valldoreix.*

*Assabentat i conforme amb l'exposat en els apartats anteriors, vostè consent i autoritza expressament a **MEGSJC** per tractar les dades personals que voluntàriament facilita, segons les finalitats exposades en aquest escrit.*

Aquest document serà vàlid durant tot el curs 2016/2017 i pot ser canviat prèvia sol·licitud.

A \_\_\_\_\_, a data \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Signatura del pare, mare o tutor/a:**

\* Dades obligatòries



## FITXA DE SALUT

DADES  
MENOR

Nom i cognoms\* \_\_\_\_\_

data de naixement\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya:

Sí

No\*

En cas de faltar alguna vacuna: Quina? .....

Última dosi antitetànica .....

Pateix alguna malaltia (asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)?.....

Malalties que té sovint		(marcar amb una x i explicar)
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi		
Insomni		
Mareigs		
Altres		

Pren alguna medicació especial? Sí / No Quina?.....

Segueix algun règim (alimentari) especial? Sí / No Quin?.....

**\* DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT**

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

pare/mare/tutor del nen/a \_\_\_\_\_ em faig exclusivament

responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ

del meu fill/a, atès que no he aportat el Carnet de Vacunacions amb la documentació per a la inscripció a

l'activitat \_\_\_\_\_ i per tant, exoneró l'Agrupament Escolta i Guia

\_\_\_\_\_, el responsable de l'activitat i l'equip de caps de

qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Té les següents al·lèrgies:.....  
.....

La seva reacció al·lèrgica és:.....  
.....

Cal procedir:.....  
.....

En cas de ferida lleu, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

medicament	Nom del medicament	
Betadine	Iode	

En cas de febre alta, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

medicament	Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat del menor	Pes del menor
Dalsy	Ibuprofè			
Apiretal	Paracetamol			

En cas de dolor menstrual, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat de la menor	Pes de la menor
Ibuprofè			
Paracetamol			

*Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades personals incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb **MEGSJC** seran incorporades en un fitxer propietat de **MEGSJC**, amb la finalitat de garantir el benestar dels menors en les activitats de l'entitat i complir amb el seu objecte social.*

*En tot cas, podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació o oposició, dirigint-se per escrit a: **MINYONS ESCOLTES I GUIES SANT JORDI DE CATALUNYA (MEGSJC)**, Rambla Mossèn Jacint Verdaguer 10, 08197 Valldoreix.*

*Assabentat i conforme amb l'exposat en els apartats anteriors, vostè consent i autoritza expressament a **MEGSJC** per tractar les dades personals que voluntàriament facilita, segons les finalitats exposades en aquest escrit.*

A ....., a data ..... de ..... de 20.....

**Signatura del pare, mare o tutor/a:**

.....