

## PRIMAVERA ESPORTIVA 2024 AUTORIZACIÓ PARE/MARE/TUTOR

Autoritzo a ..... a assistir a la Primavera Esportiva 2024 organitzada per l'Ajuntament d'Igualada i faig extensiva l'autorització a:

- Rebre intervenció quirúrgica o qualsevol altra intervenció mèdica per part dels professionals mèdics, en cas d'urgència.
- Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.
- Efectuar-li petites cures per part de l'equip de dirigents.
- Participar en les sortides programades per l'edició d'enguany.
- Realitzar activitats fisicoesportives.
- Autoritza la publicació de fotos de l'infant amb finalitats no comercials de difusió de les activitats en els diferents mitjans del Servei d'Esports de l'Ajuntament d'Igualada.
- Vostè accepta rebre comunicacions electròniques de part nostra. Ens comunicarem amb vostè per correu electrònic, per whatsapp o missatges SMS.

Signat ..... DNI .....

Signatura:

A Igualada a ..... de 2024

### FITXA DE SALUT

Està al corrent del Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya

No està al corrent del Calendari de Vacunacions Sistemàtiques i em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències derivades d'aquest fet tot exonerant de qualsevol responsabilitat l'entitat organitzadora, el responsable de l'activitat i l'equip de monitors.

Pateix freqüentment alguna malaltia ? Sí  No

En cas afirmatiu, indiqueu quina: .....

Té algun tipus de NEE (Necessitat Educativa Especial) ? Sí  No

En cas afirmatiu, indiqueu quina: .....

Altres observacions mèdiques: .....