



## Autorització de participació

**Esplai Güitxi-Güitxi**

**Curs 2023-2024**

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 colònies organitzat per l'esplai Güitxi-Güitxi de Tona durant  
el curs 2023-2024.

Faig extensiva aquesta AUTORITZACIÓ a (marqueu el cercle que autoritzeu)

- 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 pugui realitzar activitats especials de risc sempre amb la supervisió i dinamització d'una persona especialitzada i entesa en el tema.

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

....., a ..... de ..... de 2024

**SIGNATURA DEL TUTOR O DE LA TUTORA LEGAL**



### Fitxa d'hàbits de salut

Jo ..... amb DNI..... com a pare / mare / tutor legal de ..... amb DNI ..... declaro que el meu fill/a presenta les següents característiques de salut:

**Impediments físics o psíquics:**                      **Sí**                      **No**

En cas de resposta afirmativa indiqueu quins:

.....  
.....

**Malalties cròniques:**                                      **Sí**                      **No**

En cas afirmatiu indiqueu quines:

.....  
.....

**Medicació que pren habitualment:**                      **Sí**                      **No**

En cas de resposta afirmativa indiqueu quines, les dosis i els horaris corresponents:

.....  
.....

**Al·lèrgies / intoleràncies alimentàries o dietes especials:**                      **Sí**                      **No**

En cas afirmatiu indiqueu quines, les dosis i els horaris corresponents:

.....  
.....

....., a ..... de ..... de 2024

**SIGNATURA DEL TUTOR O DE LA TUTORA LEGAL**



## Autorització per l'administració de medicació

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

com a tutor o tutora legal de .....

amb DNI ....., membre de l'esplai .....

SOL·LICITO I AUTORITZO que li sigui administrada la següent medicació:

Producte: .....

Dosi: .....

Horari: .....

Des del dia..... fins al dia.....

Producte: .....

Dosi: .....

Horari: .....

Des del dia..... fins al dia.....

*\* En cas de medicació amb recepta, s'ha adjuntar aquesta. En cas de medicació sense recepta (només pot ser analgèsic, antisèptic o antiinflamatori) també s'ha d'omplir aquesta fitxa.*

Assumeixo la responsabilitat dels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar. I perquè així consti als efectes oportuns, signo la present autorització a

....., a ..... de ..... de 2024

**SIGNATURA DEL TUTOR O DE LA TUTORA LEGAL**