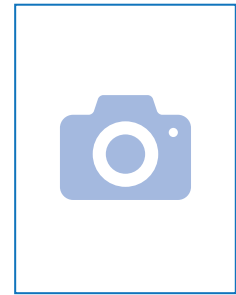


Nom del nen/a

data de Naixement / /



// INFORMACIÓ MÈDICA

Té Al·lèrgies?.....

A quins medicaments?.....

A quins aliments?.....

Altres tipus d'al·lèrgies.....

Pateix alguna malaltia crònica? Quina?.....

Anoteu si el/la vostre/a fill/a ha de prendre algun medicament

Quin?..... Vegades al dia?.....

Observacions.....

.....

// AUTORITZACIONS

- Nom i Cognoms D.N.I.....
en qualitat de pare, mare o tutor del nen/nena
l'autoritzo a assistir al KMPUS ESTIU 2021 fent extensiva l'autorització a les decisions mèdiques
si fos necessari adoptar, sota la direcció facultativa si es donés el cas. Si No

- Accepto que C.E.FIT JOVE CASTELLAR pugui fer servir les imatges preses dins l'activitat denominada
KMPUS ESTIU 2021 per a la difusió del mateix i desenvolupament de les activitats. Si No

- Autoritzo a C.E.FIT JOVE CASTELLAR a utilitzar les meves dades personals per enviar-me informació
de les diferents novetats, activitats i promocions que imparteix el centre per totes les franges d'edat,
esportives, de relació social, de nutrició, d'entrenament personal, de lleure, etc. Si No

- Autoritzo les sortides i excursions que es facin durant aquest període, organitzades per C.E FIT JOVE
dins l'activita KMPUS ESTIU 2021. Si No

Signatura del pare, mare o tutor



Data.....