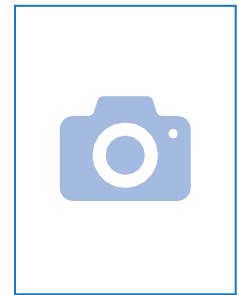


Nom del nen/a

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 2024 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 2024 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 CASTELLAR dins l'activitat KMPUS ESTIU 2024.

Si No

- Autoritzo al meu fill/a per a poder marxar sol/a al finalitzar el KMPUS ESTIU 2024 a partir de les 14:00h.

Si No

Signatura del pare, mare o tutor

Data.....