

**IMPRÈS D'AUTORITZACIÓ I FITXA DE SALUT PER A LES ACTIVITATS  
ESPORTIVES I DE LLEURE EN LES QUE PARTICIPEN MENORS DE 18 ANYS**

**DADES PERSONALS PARTICIPANTS (REQUERIMENT OBLIGATORI)**

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NAIXEMENT: \_\_\_\_\_ EDAT: \_\_\_\_\_  
 ADREÇA: C/ \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ PIS/PORTA: \_\_\_\_\_ TELÈFONS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 LOCALITAT: \_\_\_\_\_ ACTIVITAT QUE REALITZA \_\_\_\_\_

**AUTORITZACIÓ DESPLAÇAMENTS AMB MONITOR/A (REQUERIMENT OBLIGATORI)**

Jo, \_\_\_\_\_, amb D.N.I. nº \_\_\_\_\_ com a pare, mare o tutor, autoritzo a  
 \_\_\_\_\_ a desplaçar-se amb els monitors/es cap a les diferents instal·lacions i  
 espais d'ús esportiu on es desenvoluparan les activitats programades: SIGNAT PARE/MARE/TUTOR/A: \_\_\_\_\_

**AUTORITZACIÓ A MARXAR SOLS CAP A CASA (REQUERIMENT OPCIONAL)**

Jo, \_\_\_\_\_, amb D.N.I. nº \_\_\_\_\_ com a pare, mare o tutor, autoritzo a  
 \_\_\_\_\_ a desplaçar-se sense cap adult cap a casa quan finalitzi l'activitat que està realitzant a L'Àrea  
 d'Esports. En cas que es pugui desplaçar amb alguna persona diferent als seus tutors legals, cal que ho indiqueu a la línia de baix:  
 NOM DEL RESPONSABLE/S AUTORITZATS \_\_\_\_\_ SIGNAT PARE/MARE/TUTOR/A: \_\_\_\_\_

**AUTORITZACIÓ DRETS D'IMATGE**

En cas de no manifestar el contrari de forma expressa, cedeix els drets d'imatge personals de la persona inscrita per a actes  
 publicitaris i promocionals propis de La Cala Serveis Municipals, sl. i de l'Ajuntament de L'Ametlla de Mar.  
 Jo, \_\_\_\_\_, amb D.N.I. nº \_\_\_\_\_ com a pare, mare o tutor, **NO AUTORITZO** a  
 \_\_\_\_\_ a sortir en imatges audiovisuals que es realitzaran mentre estant realitzant les activitats de l'Àrea  
 d'Esports. SIGNAT PARE/MARE/TUTOR/A: \_\_\_\_\_

**FITXA DE SALUT**

Nº Seguretat Social: \_\_\_\_\_  
 Possibles impediments físics o psíquics: \_\_\_\_\_  
 Malalties Cròniques: \_\_\_\_\_

**Medicació/règim alimentari:**

Medicament/Aliment	Horari	Posologia/Quantitat

Dades actualitzades de l'estat de vacunació per a informació al centre mèdic en cas d'accident/indisposició (es recomana adjuntar  
 còpia del carnet de vacunació: \_\_\_\_\_

Jo, \_\_\_\_\_, amb D.N.I. nº \_\_\_\_\_ com a pare, mare o tutor, certifico no conèixer cap  
 motiu pel qual el meu fill/a \_\_\_\_\_ no estigui en plenes condicions de salut per a dur a  
 terme aquesta activitat o que suposi un risc per a la salut d'altres persones.

**DONO LA MEVA CONFORMITAT A TOTES LES DADES I AUTORITZACIONS SENSE CONTRÀRIA MANIFESTACIÓ D'AQUEST DOCUMENT.**

Signat PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL,

L'Ametlla de Mar, a \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 20\_\_

*\*Adjuntar fotocòpia de la Targeta Sanitària de l'alumne.*