



DADES DEL RESPONSABLE LEGAL I AUTORITZACIÓ MATERNA/ PATERNA

MICOLÒNIES 2019

El/ La Sr./ Sra. _____ amb
DNI Nº _____ autoritza al fill/a _____
a assistir a l'activitat extraordinària organitzada per aquesta entitat.

Fa extensiva Fa extensiva aquesta autorització a:

- Que algun monitor/a traslladi al fill o filla en el vehicle privat destinat en l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat pertinents.
- Que el personal mèdic pugui intervenir d'urgència (decisions mèdiques i quirúrgiques) al participant si així ho creu necessari, en el cas que no s'hagi pogut contactar amb la família.
- Que el monitor/a administri la medicació que s'especifica en aquest document.
- En cas de no estar protegit amb les vacunes corresponents a l'edat assenyalades a la salut pública, assumeixo totes les responsabilitats que puguin derivar-se'n.
- Que el personal responsable administri qualsevol fàrmac ENTREGAT als monitors si ho considera convenient. (Cal entregar el fàrmac als monitors/es a l'inici de l'activitat i indicar la dosi)
- Autoritzo a fer fotografies i filmacions de les activitats i participants durant el desenvolupament de l'estada, per fer-ne ús en el marc de les actuacions de l'entitat. *SI NO* (En cas que no s'encercli cap de les opcions entendrem que tenim el vostre permís)

Terrassa, _____ de març del 2019

Signatura