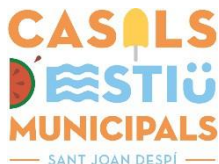


# QÜESTIONARI MÈDIC I AUTORIZACIONS GENERALS



|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| Infant/jove: _____ | Any naixement: _____ |
| Casal barri: _____ | Grup: _____          |

## DADES D'INTERÈS (\*cal presentar document acreditatiu)

- Sí  No Ha participat alguna vegada als Casals d'Estiu?
- Sí  No Té alguna **necessitat** educativa o **d'atenció especial**? Quina? .....
- Sí  No Té **por** a alguna cosa o situació? Indiqueu a què .....
- Sí  No S'enyora? Expliqueu si feu servir algun recurs (ninot, joguina).....
- Sí  No Es **mareja** amb facilitat?
- Sí  No Té cap **dificultat motriu**? Quina?.....
- Sí  No Sap **nedar**?
- Sí  No Té cap **al·lèrgia o intolerància**?\* Quina/es? .....
- Sí  No Segueix el calendari de **vacunacions**?
- Sí  No Utilitza **ulleres, plantilles, aparells auditius o d'ortodòncia**? Quins?.....
- Sí  No Ha tingut cap lesió de què es resenteix? Quina?.....
- Sí  No Té cap **malaltia diagnosticada**?\* (asma, cardiopatia, etc.)\* Quina?.....
- Sí  No Li impedeix fer alguna activitat? Quina?.....
- Sí  No Pren cap medicament habitualment? Quin?.....

Observacions: .....

## AUTORIZACIONS

Dono el meu consentiment a l'entitat promotora i gestora per poder **publicar en els mitjans audiovisuals** relacionats amb l'activitat (blog, facebook, youtube, fotografies, revista,...) les imatges on apareguin els nostres fills i filles on aquests siguin clarament identificables.

SI  NO

Autoritzo a rebre informació d'aquesta activitat via **SMS, correu electrònic i/o canals digitals habilitats**.

SI  NO

Autoritzo al meu/meva fill/a a **MARXAR SOL/A** a casa tots els dies que participa del Casal:

SI  NO

He llegit i accepto la **normativa de l'activitat**

SI  NO

Autoritzo al meu/meva fill/a a **participar en els CASALS D'ESTIU MUNICIPALS SANT JOAN DESPÍ 2026** i faig extensiva aquesta autorització a totes les decisions medicoquirúrgiques que calgui prendre en cas d'extrema urgència, sota la pertinent prescripció mèdica.

SI  NO

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI/NIE/Passaport \_\_\_\_\_

en qualitat de \_\_\_\_\_ de l'infant, **MANIFESTA** que les dades que queden ressenyades en aquest document són certes.

Data:

Signatura: