|  | **Branca:** |  |
| --- | --- | --- |
|  |
|  |

**DADES INFANT / JOVE:**

| **Nom:** |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1r Cognom:** |  | **2n Cognom:** |  |
| **Data naixement:** |  | **DNI:** |  |
| **Adreça:** |  | **Codi postal:** |  |
| **Població:** |  | **Província:** |  |
| **Districte:** |  | **Barri:** |  |
| **Germans al cau:** | ☐ | **Telèfon:** |  |
| **Escola:** |  | | |
| **Correu-e:** |  | | |

**DADES 1r TUTOR LEGAL:**

| **Nom:** |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1r Cognom:** |  | **2n Cognom:** |  |
| **Adreça:** |  | **Codi postal:** |  |
| **Població:** |  | **Província:** |  |
| **Telèfons:** | / | **DNI:** |  |
| **Correu-e:** |  | | |

**DADES 2n TUTOR LEGAL:**

| **Nom:** |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1r Cognom:** |  | **2n Cognom:** |  |
| **Adreça:** |  | **Codi postal:** |  |
| **Població:** |  | **Província:** |  |
| **Telèfons:** | / | **DNI:** |  |
| **Correu-e:** |  | | |

**ALTRES (altres telèfons, etc.):**

|  |
| --- |
| Com a tutor/a legal, autoritzo al meu fill a sortir en fotografies, vídeos i altres publicacions que es facin en l'horari de Cau i per tal decisió cedeixo els Drets d'Imatge a l'Agrupament Escolta Mafeking:  SI ☒ NO ☐ |
| Autoritzo als caps responsables del meu fill/a a que el puguin portar en cotxe en cas de ser necessari. (per malaltia, per transport fins al lloc d’inici de la ruta, o altres motius pels que els caps ho considerin necessari).  SI ☒ NO ☐ |
| PER AQUESTA AUTORITZACIÓ, MANIFESTO EL MEU ACORD EN QUE PARTICIPI DE LES ACTIVITATS NORMALS DE L'ESCOLTISME QUE ES PORTIN A TERME. |

**DADES SANITARIES:**

| **Nº de targeta sanitària:** |  | |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Necessitats especials**  **(TDAH, TDA, TEA, fòbies, etc.):** |  | | | | |
| **Incidències/Patologies** | **Tractament i freqüència del tractament:** | | | | |
| Mal de panxa | ☐ |  | | | |
| Mal de cap | ☐ |  | | | |
| Mareig als viatges | ☐ |  | | | |
|  | ☐ |  | | | |
| **Al·lèrgies** |  | | | | |
| **Tractament en cas d’al·lèrgia:** |  | | | | |
| **Grup sanguini:** |  |  |  |  |  |
| **Intoleràncies alimentàries:** |  | | | | |
| **Altres patologies i observacions sanitàries:**  *(intervencions quirúrgiques, somnambulisme, malsons freqüents, no control d’esfínters, problemes d’audició, de visió, discapacitats física, etc.)* | | | | | |
|  | | | | | |
| En cas d’accident o de malaltia que requereixi una intervenció quirúrgica urgent, autoritzo al metge que l’atengui per a que la efectuï. Així com que els responsables del meu fill/a puguin subministrar antihistamínics en cas de necessitat.  SI ☒ NO ☐ | | | | | |
| Declaro, sota la meva responsabilitat, que el meu fill/a NO pateix cap malaltia de tipus infecciós o contagiós i alhora està vacunat contra: (adjuntar fotocòpia de la cartilla de vacunes). | | | | | |

**OBSERVACIONS:**

| Sap nedar? | ☒ | Sap anar en bicicleta? | **☒** |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Altres observacions:**  *(com veieu el vostre fill/a en general? Com se sent a l’escola, trets socials, trets a destacar de la seva alimentació, etc.)* | | | | | | | |
| **Tot be** | | | | | | | |