

AUTORITZACIONS

CAMPAMENT COOPERATIU 2024

DADES DEL/LA PARTICIPANT:

Nom: DNI:

DADES DEL PARE / MARE / TUTOR/a:

Nom: DNI:

Telèfons de contacte (fixes-mòbils-feina):

Correu electrònic:

ASSISTÈNCIA CAMPAMENT COOPERATIU

Autoritzo el meu fill/a a que pugui assistir a l'activitat d'estiu Campament Cooperatiu 2024, organitzada per Arriant Formació i Lleure SLU, a Vilanova de la Muga, en les dates escollides entre el 26 i el 30 d'agost i a que, en cas d'urgència i davant la impossibilitat de poder contactar amb el pare, mare o tutor/a, pugui ser atès/a mèdicament sota la direcció del/la facultatiu/va corresponent.

Signatura del mare, mare o tutor/

TRASLLAT EN COTXE PER MOTIUS EXCEPCIONALS

Autoritzo els monitors/es d'Arriant Formació i Lleure SLU a poder traslladar el meu fill/a en cotxe particular, a un centre de salut (CAP, Hospital,...) en cas de necessitat.

Signatura del mare, mare o tutor/



DRETS D'IMATGE

Autoritzo que la imatge del meu fill/a pugui aparèixer en fotografies i/o vídeos corresponents a activitats realitzades durant l'activitat d'estiu Campament Cooperatiu 2024, organitzades per Arriant Formació i Lleure SLU, per visualitzar-los a:

Web corporatiu Arriant SÍ NO

Xarxes Socials (WhatsApp, Facebook, Instagram i Twitter) SÍ NO

Ús exclusiu dels familiars dels participants de les Colònies Vora Mar SÍ NO

Signatura del mare, mare o tutor/a

ESTONES DE BANY

Autoritzo el meu fill/a a que pugui participar de les activitats amb aigua (estones de bany) organitzades dins l'activitat d'estiu Campament Cooperatiu 2024, organitzades per Arriant Formació i Lleure SLU.

El meu fill/a sap nedar? (marca amb una creu)

- Molt (és un dofí)
- Força
- Perrito Style
- Sura
- Una mica
- Gens (és una pedra)

Observacions (necessita taps, flotador, bombolla...):

Signatura del mare, mare o tutor/a



**ANNEX 2:
AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ**

En/Na _____, amb NIF _____, com a responsable legal del Campament Cooperatiu 2024 organitzat per Arriant Formació i Lleure SLU, a Vilanova de la Muga, autoritzo i demano, sota la meva responsabilitat, que la monitor/a responsable del grup doni al/la participant _____ la següent medicació:

Nom del medicament:

Dosi:

Horari:

Calendari del dia a dia:

Característiques de conservació:

L'organització queda totalment exclosa de responsabilitats pels efectes que aquesta medicació pugui ocasionar.

Signatura:

NIF:

Data:

Nota:

Sense la presentació d'aquesta autorització, degudament complimentada, i fotocòpia de la recepta o informe del metge o metgessa on hi consti el nom del/la participant i les dosis, les monitores no administraran cap medicació.

