



**AUTORITZACIÓ**

En/Na ..... amb DNI....., pare,  
mare o tutor de l'alumne/a .....  
coneix les activitats programades per a les colònies que tindran lloc a  
EUROSTAGE (Caldes d'Estrac) els dies 30 i 31 de maig i l'autoritza a  
participar-hi.

Signatura dels pares o tutors

**ADREÇA I TELÈFONS EN CAS D'URGÈNCIA:**

Adreça .....  
Telèfon mare..... Telèfon pare.....  
Altres .....

**EN CAS DE NECESSITAT O URGÈNCIA**

En/Na ..... amb DNI....., pare,  
mare o tutor de l'alumne/a ..... autoritza a què,  
en cas de necessitat o urgència, el/la seu/seva fill/a pugui ser traslladat al  
centre mèdic més adequat, durant les colònies que es duran a terme a la  
casa de colònies EUROSTAGE (Caldes d'Estrac) els dies 30 i 31 de maig.

Signatura dels pares o tutors                      Data:



**FULL DE DADES MÈDIQUES**

Alumne/a: \_\_\_\_\_ Curs: \_\_\_\_\_

- Pateix alguna malaltia crònica? En cas afirmatiu, indiqueu quina o quines.
- Té alguna malaltia que li impedeixi o li dificulti realitzar alguna activitat en concret?
- Té al·lèrgia a algun medicament? O a alguna altra cosa? (Les al·lèrgies alimentàries s'esmenten més avall)
- Pren actualment algun medicament? En cas afirmatiu, indiqueu quin, les dosis i doneu-lo als mestres afegint la recepta mèdica corresponent.
- Hi ha algun aliment que no pugui menjar? Fa algun tipus de dieta?
- Pateix somnambulisme o algun altre trastorn del son?
- Pateix enuresi? (En cas afirmatiu, parleu amb els mestres per acordar les mesures a prendre i tingueu-ho en compte quan prepareu la motxilla).
- Altres dades d'interès:

Signatura dels pares.