



# FULL DE MATRÍCULA / HOJA DE MATRÍCULA

ESCOLETES DE MONCOFA

NO REOMPLIR /  
NO RELLENAR

## DADES PERSONALS DEL XIQUET-A / DATOS PERSONALES DEL NIÑO-A

NOM/NOMBRE.....COGNOMS/APELLIDOS:.....

DATA DE NAIXEMENT/ FECHA DE NACIMIENTO: ...../...../..... CURS ESCOLAR/ CURSO ESCOLAR: .....

## DADES DEL PARE-MARE-TUTOR-A / DATOS DEL PADRE-MADRE-TUTOR-A

NOM/NOMBRE ..... COGNOMS/APELLIDOS .....

DNI..... EMAIL.....

TELÈFONS / TELÉFONOS 1. .... 2. ....

ADREÇA / DIRECCIÓN .....

LOCALITAT / LOCALIDAD .....

## SERVEI D'ACOLLIDA / SERVICIO DE ACOGIDA

ACOLLIDA MATINERA / ACOGIDA MATINERA (1)

(DE 8.00 H A 9.00 H)

## AVÍS EN CAS D'URGÈNCIA / AVISO EN CASO DE URGENCIA

EN CAS DE NECESSITAT DE CONTACTE URGENT DURANT EL TRANSCURS DE L'ACTIVITAT, AVISEU A: / EN CASO DE NECESIDAD DE CONTACTO URGENTE DURANTE EL TRANCURSO DE LA ACTIVIDAD, AVISAR A: .....

PARENTIU: / PARENTESCO: ..... TELÈFON / TELÉFONO: .....

## AUTORITZACIÓ MARE-PARE-TUTOR-A / AUTORIZACIÓN MADRE-PADRE-TUTOR-A

EN-NA-N' / D-D<sup>a</sup>.....

AUTORITZE AL MEU FILL-A / AUTORIZO A MI HIJA .....

A ASSISTIR A LES ESCOLETES DE MONCOFA, D'ACORD A LES CONDICIONS ESTABLIDES EN LA CONVOCATÒRIA I ACREDITE QUE LES SEUES CONDICIONS FÍSQUES SANITÀRIES SÓN APTEES PER A PARTICIPAR EN L'ACTIVITAT, AIXÍ COM QUE SÓN VERTADERES TOTES LES DADES INDICADES. A MÉS, AUTORITZE EL TRASLLAT MÈDIC DEL MEU FILL-A EN CAS D'ACCIDENT I INTERVENIR QUIRÚRGICAMENT O PRENDRE QUALESEVOL ALTRA DECISIÓ MÈDICA PER PART DEL CORRESPONENT EQUIP MÈDIC, EN CAS D'URGÈNCIA. TAMBÉ AUTORITZE A REBRE PETITES CURES I MEDICAMENTS COM ANALGÈSICS, ANTIPIRÈTICS I ANTIINFLAMATORIS, DE FORMULACIÓ INFANTIL I QUE ES LLIUEN SENSE RECEPTA, PER PART DELS DIRIGENTS. I PER A FINALITZAR, DONE EL MEU CONSENTIMENT PERQUÈ EL MEU FILL/A SIGA FOTOGRAFIAT O FILMAT DURANT LES ACTIVITATS REALITZADES EN L'ESCOLETA PER A ÚS EXCLUSIU D'AQUESTA ACTIVITAT, AIXÍ COM AUTORITZE A REALITZAR TOTES LES EIXIDES PROGRAMADES A L'ESCOLETA. / A ASSISTIR A LAS "ESCOLETAS DE MONCOFA", DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA CONVOCATORIA Y ACREDITO QUE SUS CONDICIONES FÍSICAS SANITARIAS SON APTAS PARA PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD, ASÍ COMO QUE SON VERDADERAS TODOS LOS DATOS INDICADOS. ADEMÁS, AUTORIZO EL TRASLADO MÉDICO DE MI HIJO-A EN CASO DE ACCIDENTE E INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE O TOMAR CUALQUIER OTRA DECISIÓN MÉDICA POR PARTE DEL CORRESPONDIENTE EQUIPO MÉDICO, EN CASO DE URGENCIA. TAMBÉN AUTORIZO A RECIBIR PEQUEÑAS CURAS Y MEDICAMENTOS COMO ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS, DE FORMULACIÓN INFANTIL Y QUE SE ENTREGAN SIN RECETA, POR PARTE DE LOS DIRIGENTES. Y PARA FINALIZAR, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI HIJO/A SEA FOTOGRAFIADO O GRABADO DURANTE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA ESCOLETA PARA UN USO EXCLUSIVO DE ESTA ACTIVIDAD, ASÍ COMO AUTORIZO A REALIZAR TODAS LAS SALIDAS PROGRAMADAS DE LA ESCOLETA.

SIGNAT / FIRMADO

DATA / FECHA ...../...../202.....

## DOCUMENTACIÓ

- FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA (OBLIGATORI) / FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA (OBLIGATORIO)
- (1) CERTIFICAT JORNADA LABORAL (OBLIGATORI SI SE SOL·LICITA ACOLLIDA MATINERA) / (1) CERTIFICADO JORNADA LABORAL (OBLIGATORIO SI SE SOLICITA ACOGIDA MATINERA)

NOMÉS S'ADMETTRAN LES INSTÀNCIES QUE PRESENTEN TOTA LA DOCUMENTACIÓ



## FITXA MÈDICA / FICHA MÉDICA

### DADES FACULTATIVES / DATOS FACULTATIVOS

	SÍ	NO	ESPECIFICA TIPUS / ESPECIFICA TIPO
AL·LÈRGIC ALS <b>ANTIBIÒTIC</b> / ALERGIA A LOS <b>ANTIBIÓTICOS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
AL·LÈRGIC A ALTRES <b>MEDICAMENTS</b> / ALERGIA A OTROS <b>MEDICAMENTOS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>AL·LÈRGIES</b> COMUNES / <b>ALERGIAS</b> COMUNES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>AFECCIONS</b> COMUNES / <b>AFECCIONES</b> COMUNES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SEGUEIX ALGUN <b>TRACTAMENT</b> / SIGUE ALGÚN <b>TRATAMIENTO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>MALALTIES</b> PASSADES RELLEVANTS. TIPUS I DATA / <b>ENFERMEDADES</b> PASADAS RELEVANTES, TIPO Y FECHA	
VACUNA <b>ANTITETÀNICA</b> . DATA ÚLTIMA PRESA / VACUNA <b>ANTITETÀNICA</b> . FECHA ÚLTIMA DOSIS	

### ALTRES DADES D'INTERÉS QUE DESITGES CONSTATAR / OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEES CONSTATAR

### ASPECTES NUTRICIONALS / ASPECTOS NUTRICIONALES

	SÍ	NO	ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA / ESPECIFICA QUÉ TIPO Y SU CAUSA
<b>CELÍAC</b> / CELIACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>DIETES</b> ESPECÍFIQUES / <b>DIETAS</b> ESPECÍFICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### ASPECTES FÍSICS / ASPECTOS FÍSICOS

	SI	NO	ESPECIFICA QUIN TIPUS I LA SEUA CAUSA / ESPECIFICA QUÉ TIPO Y SU CAUSA
POT REALITZAR QUALSEVOL <b>ACTIVITAT FÍSICA</b> AMB <b>NORMALITAT</b> / PUEDE REALIZAR CUALQUIER <b>ACTIVIDAD FÍSICA</b> CON <b>NORMALIDAD</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### ALTRES DADES D'INTERÉS QUE DESITGES CONSTATAR / OTROS DATOS DE INTERÉS QUE DESEES CONSTATAR

### ANNEX / ANEXO

	SÍ	NO
EL XIQUET O XIQUETA, AL QUE PERTANY LA PRESENT FULLA DE MATRÍCULA, TÉ UN GRAU DE <b>DIVERSITAT FUNCIONAL</b> IGUAL O MAJOR DE 33%, AMB NECESSITATS D'ATENCIÓ INDIVIDUALITZADA PER A UNA CORRECTA ADAPTACIÓ EN L'ACTIVITAT, APORTANT PER AÇÒ LA DOCUMENTACIÓ QUE HO CERTIFICA. / EL NIÑO O NIÑA, AL QUE PERTENECE LA PRESENTE HOJA DE MATRÍCULA, TIENE UN GRADO DE <b>DIVERSIDAD FUNCIONAL</b> IGUAL O MAYOR DE 33%, CON NECESIDADES DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA PARA UNA CORRECTA ADAPTACIÓN EN LA ACTIVIDAD, APORTANDO POR ESTO LA DOCUMENTACIÓN QUE LO CERTIFICA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATA I SIGNATURA DEL PARE-MARE-TUTOR-A / FECHA Y FIRMA DEL PADRE-MADRE-TUTOR-A