**AUTORITZACIÓ**

En/na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb

DNI núm.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com a tutor/a legalment reconegut/da de

en/na\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’autoritza a assistir a les colònies de dansa i teatre musical d’Atrezzo a Rocallaura del 30 de juny al 6 de Juliol del 2024, així com també a totes les activitats incloses en aquestes colònies.

Tanmateix, autoritzo al responsable o a la institució sanitària on es trobi el meu fill/a, perquè prenguin les decisions necessàries en cas d’una urgència mèdica així com també a realitzar les intervencions mèdiques i quirúrgiques necessàries que es puguin plantejar durant les colònies, davant l’impossibilitat de contactar amb els pares i tutors.

Perquè així consti, el sotasignat:

(Signatura)

En/Na.............................................................................................amb DNI núm............................................ com a pare/mare/tutor de.....................................................................autoritzo a Atrezzo a :

D’acord amb la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig i amb la normativa de protecció de dades (Reglament 2016/679 Europeu de Protecció de dades i la llei orgànica d’acompanyament ), al tractament de les dades pròpies i del menor que representa en el seu cas, essent incorporades aquestes dades en el fitxer d’alumnes amb la finalitat de gestionar les dades dels alumnes i els serveis prestats. Aquestes dades no seran transmeses a tercers (llevat de les fotografies que autoritzi que siguin publicades) i seran conservades sempre que sigui alumne d’aquest centre o ens manifesti el contrari en el supòsit de les imatges

Així mateix en aquest acte

SI

NO

autoritza a la captació i posterior publicació d’imatges pròpies o del menor que representa, en la : pàgina web de l’escola, fulletons de publicitat de l’escola, Facebook i Instagram de l’escola i fotos a la pròpia escola.

En qualsevol cas podrà indicar la revocació del consentiment atorgat, així com exercitar els drets d’accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions caldrà que es faci c. Calaf 18 de 08700 Igualada (Barcelona). Així mateix també podrà presentar una reclamació davant l’ Agència Espanyola de Protecció de dades.

Igualada a ...................... de .......................del 2024

Signat:

**FITXA MÈDICA**

Nom de l’alumne:

Edat: Grup sanguini:

Ha patit alguna malaltia greu? Quina?

Té propensió a patir algun tipus de malaltia? Malalties que ha tingut o a les que és propens/a: bronquitis, pneumònies, diarrees, hemorràgies nasals, insolacions, mals de cap, migranyes, dermatitis, al·lèrgies...

Té algun tipus d’al·lèrgia?( medicaments, picades d’insectes, aliments, plantes, pols, sulfamides...)

Tractament en cas de reacció:

Li costa dormir, o té insomni eventual?

Cau del llit?

Pren alguna medicació?

( en cas afirmatiu dieu quina és i la dosificació i el nombre de preses per dia, el més especificat possible)

Se l’administra ella?

Té totes les vacunes al dia (exceptuant la del Covid)?

Es queixa sovint de mals sense importància?

Té enuresis nocturna?

Sap nedar?

Altres observacions d’interès:

Poseu-nos tots els telèfons possibles on us puguem trobar durant aquells dies amb el nom del propietari del número a costat:

1.

2.

3.

4.

Signat:

\*En cas de que la direcció observi un problema molt greu que afecti la integració amb la resta del grup i que no hagi estat comentat prèviament, es trucarà als pares per la recollida de l’alumne, sense cap dret de reintegrament monetari.