

Full d'inscripció i participació per a joves de 13 a 17 anys a l'activitat organitzada pel Consell Comarcal d'Osona i l'Ajuntament de: RAID AUSETANS 2019

NOM DEL GRUP

.....

Dades del/la participant

Nom		1er cognom	
2on cognom		Data naixement	
DNI		Adreça familiar	
CP		Població	
Telèfon		Adreça electrònica	
Adreça electrònica dels pares/tutors:			
Telèfon de contacte pares/tutors:			
Inici d'inscripcions a partir de l'1 de febrer i la finalització d'acord amb el calendari de cada municipi			
Els equips finalistes passaran a la fase comarcal que es farà els dies 27 i 28 d'abril 2019			

Autorització familiar i dades de contacte

Nom i cognoms:

DNI: Com a: Pare / Mare / Tutor legal

AUTORITZO:

Que el/la menorparticipi al Raid del Ausetans 2019, que s'organitza pel Consell Comarcal d'Osona i entitats col·laboradores, en coordinació amb els punts joves i/o ajuntaments participants en el programa. Els equips finalistes participaran els dies 27 i 28 d'abril de 2019 a la final comarcal. L'organització es reserva el dret d'anul·lar i/o modificar dates de calendari del programa per inclemències meteorològiques o altres causes justificades, si s'escau, que inicialment seran l'11 i 12 de maig.

La reproducció de les fotografies fetes pel Consell Comarcal d'Osona, ajuntaments i entitats col·laboradores en què hi surti la seva imatge per tal que es puguin utilitzar en diferents publicacions d'aquestes. També autoritzo que s'utilitzin les imatges del meu fill/a per crear material de difusió del projecte en les properes edicions. Atorgo el consentiment de forma expressa, en els termes que ho requereix l'article 2.2 de la *Llei Orgànica 1/1982, de 5 de maig, de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge*.

Que l'autorització es faci extensiva a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sempre a l'empara de la pertinent direcció facultativa.

Que s'autoritza en cas d'urgència utilitzar vehicles privats pel trasllat dels participants al llarg de les activitats.

Així mateix, el sotasignat declara que la persona interessada no presenta cap dificultat que impedeixi una normal relació en comunitat i que està vacunada segons la normativa sanitària vigent.

A _____, el _____ de _____ de 2019

Signatura mare/pare/tutor/a

Amplieu la informació sanitària al dors d'aquest full, si s'escau i si és necessari que la conegui el director de l'activitat.

Informació bàsica de protecció de dades

Responsable del tractament: Consell Comarcal d'Osona.

Finalitat: deixar constància de l'autorització.

Legitimació: consentiment de la persona interessada.

Destinataris: les dades no es comunicaran a terceres persones.

Drets de les persones interessades: es poden exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament i sol·licitud de la limitació del tractament adreçant-se al Consell Comarcal d'Osona.

> Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a www.ccosona.cat.

Nom i cognoms del/la participant _____

Informació sanitària

Indiqueu i subratlleu les possibles malalties o trastorns més freqüents:

Malalties o trastorns	Si	No	Medicació que pren al respecte	Altres
Angines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Faringitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mal de queixal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diarrees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Restrenyiment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hemorràgies nasals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pateix insomni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Té enuresi nocturna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Empatxos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Es mareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Es cansa excessivament?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Altra informació que considereu d'interès:

Segueix algun règim alimentari especial? Quin i per què?

Pren algun medicament diari? Quin?

Dosi i administració:

És al·lèrgic/a? A què?
Al ioda SI o NO

Pren algun medicament per l'al·lèrgia? Quin?

S'han posat totes les vacunes que li pertoquen segons el calendari de vacunacions? **Sí**

Data de l'última dosi antitetànica:

Ha estat intervingut/da quirúrgicament? De què?

Altra informació que considereu d'interès:

Informació bàsica de protecció de dades

Responsable del tractament: Consell Comarcal d'Osona.

Finalitat: deixar constància de l'autorització.

Legitimació: consentiment de la persona interessada.

Destinataris: les dades no es comunicaran a terceres persones.

Drets de les persones interessades: es poden exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament i sol·licitud de la limitació del tractament adreçant-se al Consell Comarcal d'Osona.

> Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a www.ccosona.cat.