



FORMULARI D'AUTORITZACIONS DEL VIATGE A FRANÇA - Del 23 al 26 de març de 2020

Cal que empleueu aquest formulari amb lletra majúscula i el lliureu al centre abans del dia 14 de febrer.

Dades de l'alumne

Nom i cognoms	
DNI/NIE	
Número targeta sanitària	_____
Data de naixement	
Adreça	
Telèfons	
Adreça electrònica	

Dades de la persona progenitor / tutor / tutora i contacte en cas d'emergència

Nom i cognoms	
NIF	
Relació (pare, mare o tutor)	
Telèfons	
Adreça electrònica	
Altres contactes	

DECLARO

Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que comunicaré a l'Institut Hipàtia d'Alexandria qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.

L'alumne:

Pateix insomni: Sí No

Pateix enuresi nocturna: Sí No

Es mareja amb facilitat: Sí No

Pateix hemorràgies nasals: Sí No



Es cansa molt aviat a les excursions: Sí No

Té dificultats a l'hora de menjar: Sí No

Es posa malalt sovint: Sí No

Angines Asma Diarrees Faringitis Mal de queixal Otitis Refredats

Restrenyiment Altres: _____

Al·lèrgies

És al·lèrgic/a? Sí No

A què? _____ Per inhalació Per contacte Per ingesta

Pren algun medicament per l'al·lèrgia? Sí No

Quin? _____

Dosi i administració: _____

Intoleràncies:

No Sí A què? _____

Informació important

- **Cal portar l'original de la targeta sanitària europea, DNI i autorització de la policia.**
 - **Està totalment prohibit portar o consumir tabac, begudes alcohòliques, substàncies psicotròpiques o nocives per a la salut durant el viatge. En cas de mal comportament, el centre es reserva el dret d'expulsar el/la noi/a, i el pare/mare/tutor/a haurà de fer-se càrrec de les despeses que es poguessin derivar d'aquest fet.**
 - **Ocultar informació mèdica de rellevància es considera falta greu i pot suposar motiu d'exclusió.**
 - **No es tornarà cap import en cas d'anul·lació per causes alienes al centre.**
-



DECLARO/AUTORITZO:

1. Que són certes les dades consignades en aquesta sol·licitud, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/da a comunicar al centre qualsevol variació que pogués produir-se d'ara endavant.
2. Que estic informat/da del contingut de les informacions referents al viatge.
3. Que estic al corrent i accepto les condicions de l'institut referents al viatge.
4. **AUTORITZO** al meu fill/a o tutelat/da a assistir a les activitats del viatge d'acord amb les condicions establertes. Aquesta autorització és extensiva a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sempre a l'emparament de la pertinent direcció facultativa.
5. **AUTORITZO** a que els professors responsables administrin la medicació que s'especifica en aquest document per escrit en el moment que s'iniciï el viatge.
6. **AUTORITZO** que els professors acompanyants subministrin analgèsics, si es considera convenient. En tots els casos s'informarà a les persones tutores. Si s'escau, si us plau indiqueu el tipus d'analgèsic:

Paracetamol

Ibuprofé

7. **AUTORITZO** al centre a fer fotografies/filmacions de les activitats i participants durant el desenvolupament del viatge, per fer-ne ús en el marc de les actuacions de la sortida, i autoritza expressament al centre a la seva difusió, transformació i reproducció.

Lliçà d'Amunt, ____ de _____ de 2020

Signatura

Nom: _____

DNI: _____