

Per a completar la inscripció a Somnis d'Estiu, seguiu les següents instruccions:

1. Ompliu i signeu:

- L'autorització de participació en l'activitat
- La fitxa de salut (haureu d'adjuntar una còpia impresa de l'historial mèdic del participant)
- El certificat de vacunació de l'assistent
- L'autorització per a l'administració de medicació

2. Una vegada completada la documentació, envieu-nos un correu amb els documents adjunts a [francesca@mardesomnis.org](mailto:francesca@mardesomnis.org) (si l'activitat és a Catalunya) o bé a [karla@mardesomnis.org](mailto:karla@mardesomnis.org) (si l'activitat és Madrid).

3. Recordeu que el primer dia de colònies cal dur els documents originals impresos i signats amb la targeta sanitària del participant.

## AUTORIZACIÓ DE PARTICIPACIÓ A L'ACTIVITAT

Jo \_\_\_\_\_

amb D.N.I. n.º: \_\_\_\_\_ i com a mare/pare/tutor legal de

\_\_\_\_\_

l'autoritzo a assistir a les colònies Somnis d'Estiu 20\_\_ que organitza Mar de Somnis.

També l'autoritzo a:

- Realitzar activitats especials físicodeportives
- Banyar-se en piscines públiques o privades, rius, pantans, llacs o al mar
- Que sigui atès per un metge en cas de malaltia o accident
- Usar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica

A \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Signatura del mare/pare/tutor legal

[1] En compliment del que estableix la Llei Orgànica de Protecció de Dades 15/99 de 13 de desembre i el RD 1720/2007 de 21 de desembre, l'informem que les seves dades formen part d'un fitxer automatitzat titularitat de Associació Mar de Somnis amb NIF G66058066 per tal de ser tractats, únicament, a fi a l'òptima consecució de les activitats organitzades per l'Associació i per mantenir-lo informat de les nostres activitats a través del nostre web, blog, butlletí i el conjunt dels nostres mitjans socials. En qualsevol moment vostè pot exercir els drets d'accés, oposició, rectificació i cancel·lació, mitjançant escrit dirigit a Rbla. Catalunya 52, Pral 2a de Barcelona. La subscripció del present escrit comporta l'acceptació i la prestació del consentiment exprés i explícit a l'accés per qualsevol dels membres del nostre personal a les dades facilitades.

## FITXA DE SALUT

Pateix alguna malaltia a part de l'epilèpsia? (al·lèrgia, asma, etc.)	
Té problemes de vista o oïde? Quins?	
Té alguna discapactat?	
Té alguna dificultat motriu?	
Es cansa fàcilment?	
L'angoixa algun tipus de situació?	
Dorm bé? Quantes hores?	
Té problemes d'enuresis?	
Menja de tot? Hi ha alguna cosa que no mengi?	
Té intolerància a algun aliment?	
Es mareja amb facilitat?	
Pren alguna medicació especial? Quina? <i>(en cas afirmatiu, és necessari emplenar la fulla d' autorització de medicaments)</i>	
Segueix algún règim especial? Quin?	
Utiliza plantilles u ortodòncia?	

Observacions que ens vulgueu fer saber:

## CERTIFICAT DE VACUNACIÓ DEL PARTICIPANT

Jo \_\_\_\_\_ amb  
DNI \_\_\_\_\_ CERTIFICA que el participant  
\_\_\_\_\_ està protegit amb les  
vacunes senyalades per la normativa vigent i que el seu estat de  
salut és

Bo  Altres

A \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Signatura de la mare/pare/tutor legal

*[1] En compliment del que estableix la Llei Orgànica de Protecció de Dades 15/99 de 13 de desembre i el RD 1720/2007 de 21 de desembre, l'informem que les seves dades formen part d'un fitxer automatitzat titularitat de Associació Mar de Somnis amb NIF G66058066 per tal de ser tractats, únicament, a fi a l'òptima consecució de les activitats organitzades per l'Associació i per mantenir-lo informat de les nostres activitats a través del nostre web, blog, butlletí i el conjunt dels nostres mitjans socials. En qualsevol moment vostè pot exercir els drets d'accés, oposició, rectificació i cancel·lació, mitjançant escrit dirigit a Rbla. Catalunya 52, Pral 2a de Barcelona. La subscripció del present escrit comporta l'acceptació i la prestació del consentiment exprés i explícit a l'accés per qualsevol dels membres del nostre personal a les dades facilitades.*

## AUTORIZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ

Cal lliurar aquesta autorització només en el cas que el participant de l'activitat hagi de prendre medicaments. Tal com s'indica en la Normativa i Condicions de Participació, perquè un participant pugui prendre medicaments cal que el pare / mare / tutor /a proporcioni aquesta autorització indicant el medicament, la dosi i l'horari en què s'ha d'administrar.

Si ara mateix no està segur de si el participant ha de prendre medicaments, pot retornar-nos el document en qualsevol moment previ a l'inici de l'activitat o bé al Director/a de l'activitat en el moment en què aquesta s'iniciï.

**Recordeu que haureu de lliurar els medicaments a l'equip de monitors perquè puguin disposar-ne durant el desenvolupament de l'activitat.**

---

Jo \_\_\_\_\_ amb DN.I.  
n.º: \_\_\_\_\_ i com a mare / pare/ tutor legal de  
\_\_\_\_\_ autoritzo als  
responsables mèdics de Mar de Somnis a administrar els medicaments següents amb les  
dosis que s'especifiquen

(1) Nom complet del medicament. Especificar-ho el més exacte possible (2) Quantitat i dosi que cal administrar diàriament

MEDICACIÓ	ESMORZAR (dosi)	DINAR (dosi)	SOPAR (dosi)	OBSERVACIONS

A \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Signatura de la mare/pare/tutor legal

[1] En compliment del que estableix la Llei Orgànica de Protecció de Dades 15/99 de 13 de desembre i el RD 1720/2007 de 21 de desembre, l'informem que les seves dades formen part d'un fitxer automatitzat titularitat de Associació Mar de Somnis amb NIF G66058066 per tal de ser tractats, únicament, a fi a l'òptima consecució de les activitats organitzades per l'Associació i per mantenir-lo informat de les nostres activitats a través del nostre web, blog, butlletí i el conjunt dels nostres mitjans socials. En qualsevol moment vostè pot exercir els drets d'accés, oposició, rectificació i cancel·lació, mitjançant escrit dirigit a Rbla. Catalunya 52, Pral 2a de Barcelona. La subscripció del present escrit comporta l'acceptació i la prestació del consentiment exprés i explícit a l'accés per qualsevol dels membres del nostre personal a les dades facilitades.