

Colònies GER 2020 - CASA PETITS

(P3 – 6è de primària) del 27 de Juliol al 3 d'Agost

Can Riera de Ciuret (Fogars de Monclús, Parc Natural del Montseny)

DADES PERSONALS

Nom _____ Cognoms _____
Edat _____ Data naixement / / _____ Adreça _____
Núm _____ Telf. fix _____ Tel. mòbils pare/mare/tutor _____
Nom mare/pare/tutor _____ Nom mare/pare/tutor _____
Socis GER (SI / NO)

AUTORITZACIÓ PER PARTICIPAR A LES COLÒNIES

Jo _____ amb DNI _____
com a tutor/a de l'infant _____

autoritzo al meu fill/a participar a les colònies que es realitzaran del 27 de Juliol al 3 d'Agost del 2020, a Can Riera de Ciuret (Fogars de Monclús), organitzades per l'Esplai GER, sent coneixedor de les activitats que es realitzaran.

Així mateix faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que sigui necessari d'adoptar en el cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa.

Signatura:

AUTORITZACIONS ESPECÍFIQUES

Jo _____ amb DNI _____
com a tutor/a de l'infant _____

autoritzo **no autoritzo**

a que l'infant sigui desplaçat en vehicle privat en cas de necessitar atenció mèdica i que aquesta no sigui urgent ni especialitzada durant l'activitat organitzada per l'Esplai GER.

autoritzo **no autoritzo**

a que els monitors/es responsables de l'activitat organitzada per l'Esplai GER, puguin efectuar petites cures i puguin administrar medicació al meu fill o filla, segons prescripció mèdica i tenint l'avís previ dels seus pares, mares o tutors legals.

Autoritzo a que l'infant sigui fotografiat per monitors de l'esplai i que les imatge puguin ser publicades a les xarxes socials de l'esplai.

Whatsapp **Instagram** **Facebook** **Youtube**

Signatura:

Sant Pere de Ribes,
de _____ del 2020

FITXA SANITÀRIA

Nom i cognoms del nen o nena _____

Grup sanguini _____

Malalties passades:

- Xarampió Escarlatina Rubòla Asma Tos Ferina
 Cardíaques Varicel·la Galteres Hepatitis Fractures òssies

Altres: _____

Pateix actualment alguna malaltia? **SI / NO** Quina? _____

Té alguna malaltia crònica? **SI / NO** Quina? _____

Segueix algun règim especial? **SI / NO** Quin? _____

És al·lèrgic a cap medicament? **SI / NO** Quin? _____

Te al·lèrgia a cap aliment? **SI / NO** Quin? _____

Altres al·lèrgies _____

Te complet el calendari de vacunació necessari per a la seva edat? **SI / NO**

En cas de tenir necessitats educatives especials, indiqueu quina:

Sap nedar? **SI / NO** utilitza flotador, "manguitos", etc.? **SI / NO**

Hàbits de son (malsons, insomni, migdiada, etc.) _____

Hàbits d'higiene (dutxa, raspallar les dents, etc.) _____

Hàbits alimentaris (menja sol/a, s'acaba el menjar, etc.): _____

Ha de prendre algun medicament durant l'estada a les colònies? **SI / NO**

Quin? _____ Especificar dosis i administració _____

Jo _____ amb DNI _____ com a representant legal del nen/nena _____ autoritzo a l'equip de monitors i monitores de l'Esplai GER a subministrar el medicament esmentat al meu fill o filla, segons la dosi especificada.

Signatura:

Pare, mare o tutor/a _____ DNI _____

Signatura:

Sant Pere de Ribes,
de _____ del 2020

Declaració responsable en relació amb la situació de pandèmia generada per la Covid-19

Declaro sota la meva responsabilitat:

- Que sóc coneixedor/a del context de pandèmia actual provocada per la Covid-19 i que accepto les circumstàncies i riscos que aquesta situació pot comportar durant el desenvolupament de l'activitat d'educació en el lleure, en la qual en/na [redacted] participa. Així mateix, entenc que l'equip de dirigents i l'entitat organitzadora de l'activitat no són responsables de les contingències que puguin ocasionar-se en relació a la pandèmia durant l'activitat.
- Que he estat informat/da i estic d'acord amb les mesures de prevenció general i amb les actuacions necessàries que s'hagin de dur a terme si apareix el cas d'un menor d'edat amb simptomatologia compatible amb la Covid-19 durant el desenvolupament de l'activitat.
- Que m'encarrego d'aportar la quantitat necessària de mascaretes per en/na [redacted] per als dies que duri l'activitat, en cas que així ho requereixi l'equip de dirigents.
- Que informaré l'entitat organitzadora sobre qualsevol variació de l'estat de salut d'en/na [redacted] compatible amb la simptomatologia Covid-19 mentre duri l'activitat, així com de l'aparició de qualsevol cas de Covid-19 en el seu entorn familiar.

Finalment, que amb caràcter previ a la realització de l'activitat, en/na [redacted] compleix els requisits de salut següents:

- Presenta absència de malaltia i simptomatologia compatible amb la Covid-19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecció.
- No ha conviscut o no ha tingut contacte estret amb una persona positiva de Covid-19 confirmada o amb una persona que ha tingut simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors a la realització de l'activitat.

Només marcar en cas de menor amb patologia crònica complexa considerada de risc per a la Covid-19:

- Que els serveis mèdics han valorat positivament i de manera individual la idoneïtat de la seva participació en l'activitat.

Nom i cognoms, DNI i signatura pare/mare o tutor/tutora

Data i localitat

FULL DE PAGAMENT - COLÒNIES CASA PETITS 2020

Import a pagar:

Socis/es: 250€

Amics/es: 265€

S'ha d'ingressar l'import al següent número de compte, amb el concepte indicat:

Banc: BANC SABADELL

Compte: ES64 0081 0092 1700 0129 0833

Destinatari: ESPLAI GER

Concepte: "CO- seguit del COGNOM I NOM de l'infant"

Data límit per inscriure's i realitzar el pagament de colònies: **16 de Juliol del 2020.**

Reunió de famílies: 16 de Juliol del 2020 a les 22h a la Nau del GER.

Contacte: esplaiger@gmail.com