

## FULL D'INSCRIPCIÓ

---

Nom i cognoms: .....

Data de naixement: .....

Adreça: .....

Població i CP: .....

Telèfon fix: .....

Telèfon mòbil 1: ..... 2: .....

Correu electrònic: .....

Nº DNI : ..... Nº CatSalut: .....

## AUTORITZACIÓ DEL RESPONSABLE

---

En/Na ..... amb  
número de DNI ....., autoritza com a responsable legal de  
..... la seva assistència a les  
activitats oficials que programi la Secció d'Iniciació a la Muntanya de la UEC de  
Barcelona. També, fa extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques  
que siguin necessàries adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa  
adequada. Com també a l'ús de transport públic i privat quan els monitors i monitores de  
la SIM ho determinin oportú.

Autorització vàlida durant el **curs** .....-..... i durant els **campaments** (que es  
realitzaran la segona quinzena de juliol) del .....

Barcelona, ..... d ..... de ..... Signatura del responsable legal

## FITXA D'AUTORITZACIÓ DE MEDICAMENTS

---

En/Na ..... amb número de DNI  
..... com a pare, mare o tutor/a de l'infant  
..... autoritza els monitors i monitores de la Secció  
d'Iniciació a la Muntanya de la UEC de Barcelona a administrar els següents  
medicaments genèrics (tots ells sense prescripció facultativa) en cas de malestar del seu  
fill/filla.

Llista d'aquells medicaments que podran ser administrats als infants amb la present  
autorització: (**marqueu amb una X aquells medicaments que NO es vol que  
siguin administrats**).

- Dalsy (equivalent a l'aspirina infantil) o Ibuprofeno
- Gelocatil (paracetamol)
- Anti-inflamatori (Àrnica crema)
- Silvederma
- Topiònic o clorhexidina
- Fortasec
- Vaselina
- Vena elàstica
- Autan o Haley
- After Bite (amoníac)

*Comentaris:*

Barcelona, ..... d ..... de .....

Signatura del responsable legal

## FITXA MÈDICA

---

Aquesta fitxa mèdica haurà de ser valorada i justificada per un metge col·legiat. En cas contrari, el tutor legal es responsabilitzarà d'allò que s'hi hagi fet constar, com també de les dades mèdiques rellevants no incloses. A tal efecte, i per corroborar les dades aportades, caldrà que signi a la part final del full si s'escau.

Identificador: .....

### MALALTIES I MEDICAMENTS

Ha patit o pateix d'alguna malaltia o d'alguna afecció, encara que hagi estat lleu (per exemple, freqüents hemorràgies nasals o al·lèrgies lleus)? En cas afirmatiu, especifiqueu quina o quines.

.....  
.....

Hi ha algun medicament que NO PUGUI PRENDRE? Indiqueu quin o de quin tipus i per què.

.....  
.....

### VACUNES

Està al dia del calendari de vacunacions? .....

Data de la darrera vacuna antitetànica: ...../...../.....

Barcelona, ..... d ..... de .....

Signatura del responsable legal



## DRETS D'IMATGE

---

En/Na ..... amb número de DNI  
..... en representació de .....  
autoritzo i expresso el meu consentiment i cedeixo els drets d'imatge, de forma gratuïta i  
sense cap ànim de lucre, a la Secció d'Iniciació a la Muntanya de la UEC de Barcelona  
durant el curs .....-..... i els campaments de la segona quinzena de  
juliol de l'any .....

Barcelona, ..... d ..... de .....                      Signatura del responsable legal