

## **ANNEX VIII: AUTORITZACIONS I PERMISOS**

### **A. FITXA MÈDICA ESPORTIVA I PER SORTIDES CULTURALS**

| A. DADES DE L'ALUMNE    |
|-------------------------|
| Cognoms:..... Nom:..... |

| B. MALALTIES QUE HA PATIT |
|---------------------------|
|                           |

| C. INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES PRACTICADES |
|--------------------------------------------|
|                                            |

| D. AL·LEGA ALGUN IMPEDIMENT QUE L'INCAPACITI PER A LA PRÀCTICA DE L'ESPORT? |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| En cas afirmatiu, esmenti'n els motius _____<br>_____                       |

| E. OBSERVACIONS QUE PODEN SER D'INTERÈS: AL·LÈRGIES, ETC. |
|-----------------------------------------------------------|
|                                                           |

| F. AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ D'ANTITÈRMICS ALS ALUMNES                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Com a pare, mare o tutor/a de l'alumne: _____ del curs _____ autoritzo i demano, sota la meua responsabilitat, que si cal, el professorat de Bell-lloc doni al meu fill <b>UN ANTITÈRMIC</b> , (Ibuprofè, Dalsy, Paracetamol Apiretal, Gelocatil), en la dosi adequada a l'edat i pes. |

| G. AUTORITZACIÓ D'INTERVENCIÓ MÈDICA D'URGÈNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En/Na _____<br>amb DNI _____ com a pare, mare o tutor/a de l'alumne: _____ autoritzo el professor o entrenador de Bell-lloc, sota la meua responsabilitat, en el cas que els pares no estiguem localitzables, que doni autorització perquè se li practiqui d'urgència, la intervenció mèdica adequada, si els metges ho consideren necessari. |

Signatura dels pares

....., a .....de .....de 20.....

## B. FITXA MÈDICA ESCOLAR

| A. DADES DE L'ALUMNE    |
|-------------------------|
| Cognoms:..... Nom:..... |

| B. MALALTIES QUE HA PATIT |
|---------------------------|
| .....                     |

| C. INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES PRACTICADES |
|--------------------------------------------|
| .....                                      |

| D. PREN ALGUNA MEDICACIÓ A TENIR EN COMPTE                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| En cas afirmatiu, esmenti:<br>Medicació:.....<br>Horari:.....<br>Dosi:..... |

| E. OBSERVACIONS QUE PODEN SER D'INTERÈS: AL·LÈRGIES, ETC. |
|-----------------------------------------------------------|
| .....                                                     |

| F. AUTORITZACIÓ D'ADMINISTRACIÓ D'ANTITÈRMICS ALS ALUMNES                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Com a pare, mare o tutor/a de l'alumne: ..... del curs .....<br>autoritzo i demano, sota la meua responsabilitat, que si cal, el professorat de Bell-lloc doni al meu fill <b>UN ANTITÈRMIC</b> ,<br>(Ibuprofè, Dalsy, Paracetamol, Apiretal, Gelocatil), en la dosi adequada a l'edat i pes. |

En/Na .....

amb DNI .....

Signatura dels pares

....., a .....de .....de 20.....