

## PITXA D'INFORMACIÓ DEL NOI/A

### DADES PERSONALS:

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_\_\_

Telèfon habitual : \_\_\_\_\_ Telèfon en cas d'urgència : \_\_\_\_\_

Població: \_\_\_\_\_ Carrer: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Pis: \_\_\_\_\_ Codi postal: \_\_\_\_\_ Província: \_\_\_\_\_

### DADES ESPORTIVES:

Participa normalment en competicions esportives de bàsquet? (s/n): \_\_\_\_ Escolar: \_\_\_\_ Federat: \_\_\_\_

Anys que porta practicant el bàsquet: \_\_\_\_\_ Posició de joc habitual: \_\_\_\_\_

Sap nedar? (s/n): \_\_\_\_\_

Ha participat en altres Estades Esportives? (s/n): \_\_\_\_\_

### DADES MÈDIQUES:

Pateix alguna malaltia important? (s/n): \_\_\_\_ De quin tipus?: \_\_\_\_\_

Pren algun medicament? (s/n): \_\_\_\_ De quin tipus?: \_\_\_\_\_

Està sotmès a algun règim alimentari especial ? (s/n): \_\_\_\_\_

Quin i per què?: \_\_\_\_\_

Pateix algun tipus d'al·lèrgia? (s/n): \_\_\_\_ Quina?: \_\_\_\_\_

Altres observacions importants: \_\_\_\_\_

### MOLT IMPORTANT:

### ADJUNTAR DOCUMENTACIÓ D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

### AUTORITZACIÓ PER ASSISTIR A LES ESTADES "CAMPUS CADÍ LA SEU 2021":

El/la Sr./Sra. \_\_\_\_\_ amb DNI núm. \_\_\_\_\_ autoritza al seu fill/a a assistir al Campus CADÍ LA SEU de Bàsquet 2021 a La Seu d'Urgell, durant la setmana que correspon del mes de juliol, acceptant les normes de funcionament del mateix. Així mateix autoritza la publicació i/o divulgació de fotografies i imatges on pugui sortir el seu fill/a sempre i quan tinguin com a únic objectiu la divulgació i promoció del Campus de bàsquet.

\_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

(Signatura del pare, mare o tutor legal)