



## **Autorització paterna per a participar a WORKOUT CAMP**

*(A EMPLENAR PEL PARE, LA MARE O TUTOR / A DELS MENORS DE 18 ANYS)*

D./D<sup>a</sup> ....., amb DNI / passaport en vigor nom  
....., amb domicili a ..... telèfon de  
contacto ..... i adreça de correu electrònic .....  
en la meva condició de pare / mare / tutor / tutora de D./D<sup>a</sup> .....,  
amb DNI / passaport a vigor nom ..... o, si no data de naixement  
..... i telèfon de contacte ....., per la present

AUTORITZO Al meu fill/a:

- a) Amb la present, autoritzo el meu fill/a, amb les dades facilito anteriorment, a participar en el viatge i campus. Així mateix autoritzo als responsables del campus perquè prenguin les mesures que considerin més oportunes en el cas que el menor en qüestió es trobi en situació de necessitar qualsevol tipus de tractament o intervenció mèdica, sempre que no s'hagin pogut localitzar els seus pares o tutors legals. Declaro que el menor es troba en perfecte estat de salut tant física com psíquica i està totalment capacitat per desenvolupar les activitats del campus. Finalment em comprometo a que el menor estigui conscient, responsable i respectuós de les normes, en general, de les normes de convivència entre companys i amb els monitors.
- b) A participar en les activitats organitzades al campus, en el Pavelló Fòrum de Llivia i Alberg Anna Maria Janer, així com els desplaçaments i activitats realitzades a l'aire lliure que es realitzin, sempre en presència dels monitors corresponents.
- c) Que assumim voluntàriament els riscos de l'activitat esportiva i, en conseqüència, eximim a l'organització de qualsevol dany o perjudici que sofreixi en el desenvolupament de l'activitat nostre/a fill/a.



- d) Que el / l'autoritzat/a sap que ha d'acceptar les normes de seguretat i de comportament que li siguin indicats pels responsables del Campus per a cadascuna de les activitats convocades, autoritzant els responsables a imposar el seu criteri, acceptant fins i tot que, si la manca de disciplina ho requereix, en qualsevol moment sigui retornat al seu domicili, i eximint-los de tota responsabilitat en cas de qualsevol incidència o accident produïda durant la pràctica esportiva.
- e) Que li han estat administrades les vacunes que li corresponen per la seva edat i que no pateix malaltia, al·lèrgies, ni qualsevol altra limitació que li impedeixi participar amb normalitat en les activitats programades, excepció de les especificades a la fitxa mèdica.
- f) Que conec que la cobertura del risc d'accidents derivat de la pràctica en aquestes activitats i competicions esportives del Campus esportiu no porta implícit tenir una assegurança d'accidents, corrent a càrrec del participant les despeses mèdiques per lesió esportiva a través de la Seguretat social o assegurances privades.

A ....., a ..... de ..... del 20 .....

Signat

Adjuntar una fotocòpia del DNI de la persona que autoritza i del Llibre de família o DNI del menor  
(full de dades paterns i del fill, que permeti comprovar la signatura)



## **Autorització per a la publicació d'imatges dels jugadors que participin a Workout Camp**

D'acord amb la Llei Orgànica 15/1999, del 13 de desembre, de Protecció de Dades de caràcter personal l'interessat queda informat i presta el seu consentiment exprés i inequívoc a la incorporació de les seves dades als fitxers amb dades de caràcter personal de Glo Think & Friends S.L., amb domicili C/ Gernika 12, 1º 1ª (08038 Barcelona), per al tractament dels mateixos per la finalitat de gestionar i planificar l'activitat social. Poden exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant comunicació escrita dirigida a Glo Think & Friends S.L., C/ Gernika 12, 1º 1ª (08038 Barcelona).

D'acord amb la Llei Orgànica 1/1982, de 5 de maig, de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar, i a la pròpia imatge; sol·licitem el seu consentiment exprés per a Glo Think & Friends S.L. pugui utilitzar les imatges on aparegui la seva persona i/o d'altres persones que tuteli en el mar d'esdeveniments esportius i socials de l'entitat en la pàgina web o altres publicacions.

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ com pare/mare o tutor amb DNI \_\_\_\_\_  
del jugador/a \_\_\_\_\_ autoritzo a Glo Think & Friends S.L. a un us informatiu de les imatges realitzades en activitats esportives i complementàries organitzades i publicades a;

- La pàgina Web
- Filmacions destinades a difusió divulgativa
- Fotografies per a revistes o publicacions d'àmbit informatiu
- Imatges als mitjans de comunicació social (premsa o TV) autoritzats per el Glo Think & Friends S.L., quan la seva fi sigui exclusivament informatiu o divulgatiu de les activitats

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Signat  
(pare, mare, tutor legal)



## WORKOUT CAMP

### **Autorització trasllats per a menors, en viatges amb persona diferent dels seus pares**

(A EMPLENAR PEL PARE, LA MARE O TUTOR / A DELS MENORS DE 18 ANYS)

..... (pare, mare, tutor legal), amb DNI N°....., amb domicili  
....., de la localitat de .....  
(Codi Postal) ....., a fi de complir al que estableixen les lleis de transport de viatgers i altres  
disposicions vigents establertes a l'efecte, autoritzem mitjançant el present document al nostre/a fill/a  
..... nascuda a ..... (localitat) ..... (País) el  
..... de ..... de 20 ..... (Data de naixement del/de la menor), identificada amb (passaport o DNI)  
n° ....., perquè viatge acompanyada del personal de l'empresa Glo Think & Friends S.L., amb  
CIF B66583188 i amb domicili situat al carrer Guernica núm 12, de la localitat de Barcelona (08038), amb  
la relació d'organitzador de Nacex International Training Workout.

A ....., a ..... de ..... del 20 .....

Signat



## FITXA MÈDICA WORKOUT CAMP

Nom i cognoms

Data naixement

Pateix alguna malaltia crònica?

Sí, Quina?

No

Ha patit alguna lesió rellevant en el darrer any?

Sí, Quina?

No

Pren alguna medicació actualment? *Adjunteu una fotocòpia de la recepta mèdica i planificació*

Sí, Quina?

Horaris

Fins al dia

No

Té al·lèrgia a algun fàrmac?

Sí, A quins?

No

Té al·lèrgia a algun aliment o a algun factor ambiental?

Sí, A quins?

No



## FITXA MÈDICA WORKOUT CAMP

Ha de seguir algun tipus de dieta? *Si cal, adjunteu una fotocòpia de la mateixa*

Si, Especifiqueu-la

No

### Altres observacions a tenir en compte

(ex. "por a la foscor", "incontinència nocturna", medicació més adequada en cas de febre o dolor...)

### Marcar la casella en cas d'autoritzar les accions següents

A traslladar el seu/va fill/a al centre sanitari més proper en cas d'emergència

A què el personal responsable de l'activitat administri la medicació que s'especifica en aquest document i/o la medicació que s'indiqui en un document per escrit en el moment d'inici.

Jo, \_\_\_\_\_, pare, mare, tutor/a legal amb DNI \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ autoritzo a que es doni al meu fill/a l'atenció sanitària  
corresponent en cas de necessitat, atenent a la informació que recull aquesta fitxa. Així mateix,  
qui signa declara que la persona interessada no presenta cap dificultat que impedeixi una normal  
relació en comunitat.

Signatura