

AUTORITZACIÓ PATERNA/MATERNA ACTIVITAT SUMMER CAMP 2026

Jo, _____, pare/mare/tutor(a) de l'alumne/a _____,

autoritzo ☐ Sí ☐ No assistir a les següents activitats d'estiu que organitza el **Col·legi Xaloc** durant el mes de juliol de 2026

Informació mèdica:

- S'ha posat totes les vacunes que li pertocuen segons el **Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya**?
☐ Sí ☐ No
- Té algun tipus d'al·lèrgia o intolerància alimentària?
☐ No ☐ Sí (especificar): _____
- Pren alguna medicació?
☐ No ☐ Sí (especificar): _____

A la vegada, autoritzo la direcció de l'activitat, **en cas d'urgència greu** i amb coneixement i prescripció mèdica, a prendre les decisions necessàries si ha estat impossible localitzar-me.

Telèfon de contacte del pare/mare/tutor(a): _____

A _____, a _____ de _____ de 2026.

Signatura: _____