



## FITXA SANITARIA CAMPANYA DE TEMPS LLIURE

### DADES DEL XIQUET/A SOL·LICITANT

|                                     |          |      |                   |
|-------------------------------------|----------|------|-------------------|
| NOM                                 |          | EDAT | D.N.I. o N.I.E.   |
| COGNOMS                             |          |      | DATA DE NAIXEMENT |
| DOMICILI A EFECTES DE NOTIFICACIONS |          | C.P. | MUNICIPI          |
| PROVINCIA                           | TELÈFONS |      | CORREU ELECTRÒNIC |
| ACTIVITAT EN QUE ESTA INSCRIT       |          |      | CODI              |
| NOM DEL PARE O TUTOR                |          |      |                   |
| NOM DE LA MARE O TUTOR              |          |      |                   |

### FITXA SANITARIA

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| GRUP SANGUINI   | R.H.                                    | ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY                                  | NÚM. ASSEGURANÇA  |
| MALALTIES PASADES   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> XARAMPIÓ   | <input type="checkbox"/> ESCARLATINA    | <input type="checkbox"/> RUBÈOLA                               | <input type="checkbox"/> DIFTÈRIA   |
| <input type="checkbox"/> TOS FERINA   | <input type="checkbox"/> CARDÍAQUES     | <input type="checkbox"/> VARICEL·LA                            | <input type="checkbox"/> ASMA   |
| <input type="checkbox"/> HEPATITIS  | <input type="checkbox"/> GALTERES       | <input type="checkbox"/> FRACTURES ÓSSIES                      |   |
| <input type="checkbox"/> HÈRNIES  | <input type="checkbox"/> ALTRES: _____  |  |   |
| PATIX ACTUALMENT ALGUNA ENFERMETAT?   |   | QUINA?   |   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |   |
| TE ALGUNA MALALTIA CRÒNICA?   |   | QUINA?   |   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |   |
| SEGUIX ALGUNA DIETA O REGIM ESPECIAL?   |   | QUIN?  |   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |   |
| ES AL·LÈRGIC A CAP MEDICAMENT?  |   | QUIN?  |   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |   |
| ALTRES AL·LÈRGIES   |   |  |   |
| TÉ ALGÚ GRAU DE DIVERSITAT FUNCIONAL?   |   | QUIN? I INDICAR SI L'AFECTACIÓ ÉS FÍSICA, PSÍQUICA O SENSORIAL |   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |   |
| VACUNACIONS   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> XARAMPIÓ   | <input type="checkbox"/> PIGOTA         | <input type="checkbox"/> CÒLERA                                | <input type="checkbox"/> TÈTANUS <input type="checkbox"/> DIFTÈRIA <input type="checkbox"/> TIFUS |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSI  | <input type="checkbox"/> POLIO MIELITIS | <input type="checkbox"/> ALTRES: _____                         |   |
| SAP NADAR?  |   | INSOMNI  | MALSONS   |
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UN POC<br><input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ |   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO        | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |
| VERTIGEN  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |   |
| ALTRES  |   |  |   |



## DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ

Nom \_\_\_\_\_

En qualitat de: \_\_\_\_\_

Declare que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de l'activitat.

Done el meu consentiment per a desplaçar el meu fill/a al Centre de Salut en el cas que succeeisca quelcom així com d'administrar-li els medicaments necessaris en relació a allò que s'ha indicat en la fitxa sanitària.

S'hi adjunta fotocòpia completa de la cartilla de la Seguretat Social, o la documentació necessària de l'assegurança a la qual es pertany.

Que, en cas de màxima urgència, la Direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha sigut impossible la meua localització.

Riba-roja de Túria, a                    de                    de

Signatura:

DNI: