



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 <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 succeeísca 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: