



FULL DE DADES COMPLEMENTÀRIES ACTIVITATS D'ESTIU 2020

SERVEI CONTRACTAT: _____

DADES DEL NEN/A I FAMILIARS

Nom :	Cognoms :	
Data de Naixement :	Edat :	Curs :
Adreça :	Telèfon :	
Població :	Codi Postal :	
Nom del Pare/Mare o Tutor/a	DNI	
Nom del Pare/Mare o Tutor/a	DNI	
Altres Telèfons de contacte :		

FITXA MÈDICA

Número de la Seguretat Social CIP

Pot tenir :

Hemorràgies <input type="radio"/>	angines <input type="radio"/>	diarrees <input type="radio"/>	mal de cap <input type="radio"/>
estrenyiment <input type="radio"/>	febre <input type="radio"/>	epilèpsia <input type="radio"/>	cucs <input type="radio"/>
asma <input type="radio"/>	problemes quirúrgics <input type="radio"/>		

Altres malalties : _____

Considera que el seu fill/a necessita un reforç amb monitoratge per dur a terme l'activitat a la qual s'inscriu? En cas positiu , ho ha de comunicar al personal de l'oficina d'atenció del PMSAPM en la que realitza la inscripció.

Té alguna al·lèrgia? _____

És al·lèrgic a algun menjar ? Quin ?

Restriccions en la dieta:

No pot menjar porc No pot menjar carn Altres _____



Està actualitzat l'estat de vacunació? _____

Pateix de :

Dels ossos

Diabetis

la columna

del cor

la pell (erupcions, fongs...)

altres

Fa servir :

Ulleres

Plantilles

lents de contacte

altres observacions

aparell d'ortodòncia

Sap nedar : Si No

Cavallet? _____

Observacions :

AUTORITZACIÓ DEL PARE, MARE O TUTOR

En/na: _____ amb DNI núm. _____

Autoritzo al meu fill/a _____

a assistir a l'activitat sol·licitada, sota les condicions establertes. Fent extensiva aquesta autorització a les decisions mèdic-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

Signatura,

Martorell : _____ de/d' _____ de 2020