

FITXA SANITÀRIA – FICHA SANITARIA
CAMPUS JOVE 2020

A DADES DEL PARTICIPANT/DATOS DEL PARTICIPANTE	
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE
DATA NAIXEMENT/ FECHA NACIMIENTO	EDAT
B FITXAS SANITÀRIA/FICHA SANITARIA	
NUMERO TARJETA SIP DEL/ DE LA MENOR: (adjuntar copia de tarjeta SIP)	
PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿QUINA? ¿CUÁL?
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿QUINA? ¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A CAP MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALERGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿QUIN? ¿CUÁL?
ALTRES AL·LÈRGIES O INTOLERÀNCIES/OTRAS ALERGIAS O INTOLERANCIAS;	
VACUNACIONS/VACUNACIONES: EL XIQUET/A TÉ TOTES LES VACUNES CORRESPONENTS A LA SEUA EDAT SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EL MENOR TIENE TODAS LAS VACUNACIONES CORRESPONDIENTES A SU EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿SAP NADAR? ¿SABE NADAR? NO <input type="checkbox"/> POC <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ <input type="checkbox"/> BIEN <input type="checkbox"/>	VERTIGEN/VÉRTIGO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
A TINDRE EN COMPTE/ A TENER CUENTA (temas conductuales...):	
C DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	
DECLARE:/DECLARO: 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 el desenvolupament normal de la vida quotidiana de l' activitat. Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.	
AUTORITZE/AUTORIZO: Perquè en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització. Para que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.	
Sagunt, a d de 2020	
Signat/Firma:	