

FITXA SANITÀRIA – FICHA SANITARIA
ESCOLA D'ESTIU 2021 - NEE
Menors amb necessitats educatives especials

A DADES PARTICIPANT/DATOS PARTICIPANTE		
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	EDAT / EDAD
DATA NAIXEMENT/ FECHA NACIMIENTO	NOM MARE /PARE/ TUTOR – NOMBRE MADRE/ PADRE/TUTOR	
D.N.I. (MARE/PAREPADRE/MADRE)	TELÈFON/TELÉFONO	ALTRES TELÈFONS / OTROS TELÉFONOS

B FITXA SANITÀRIA/FICHA SANITARIA		
NUMERO TARJETA SIP DEL/ DE LA MENOR:		
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 ? ¿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:		
¿SAP NADAR? ¿SABE NADAR?	VERTIGEN/VÉRTIGO	
NO <input type="checkbox"/> POC <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ BIEN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIGNÒSTIC MÈDIC DIAGNOSTICO MÉDICO:		

CAPACITAT FUNCIONAL/CAPACIDAD FUNCIONAL:

CONTROL D'ESFÍNTERS /CONTROL ESFINTERES SI NO

LIMITACIONS/LIMITACIONES: AUDITIVES VISUALS

COORDINACIÓ IDEOMOTORA : SI NO

MOVILITAT AUTÒNOMA SI NO

VESTIR-SE: SI NO

ALIMENTACIÓ: SI NO

DISFAGIA: SI NO.....

TRASTORNS CONDUCTUALS/ TRASTORNOS CONDUCTUALES:

SI NO

Per favor indica que tipus de conductes disruptives/ por favor indica que tipo de conductas disruptivas:

.....

.....

ALTERACIÓ DEL LLENGUATGE/ALTERACIÓN DEL LENGUAJE:

SI NO

Indica:.....

A TINDRE EN COMPTE/A TENER EN CUENTA:

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 2021

Signat/Firma: