

FITXA SANITÀRIA – FICHA SANITARIA
ESCOLA D'ESTIU 2024

A DADES PARTICIPANT/DATOS PARTICIPANTE		
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	EDAT / EDAD
DATA NAIXEMENT/ FECHA NACIMIENTO	NOM DEL MARE /MARE/ TUTOR – NOMBRE DEL PADRE/ MADRE/TUTOR	
D.N.I. (MARE /PARE/PADRE/MADRE)	TELÈFON/TELÉFONO	ALTRES TELÈFONS / OTROS TELÉFONOS
B FITXAS 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? 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 (temes conductuals, aspectes rellevants/ temas conductuales, aspectos relevantes...):		
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 2024		
Signat/Firma:		