

CAL COMUNICAR, PER ESCRIT I DETALLADAMENT, QUALSEVOL PROBLEMA MÈDIC, MEDICACIÓ QUE PRENGA EL O LA PARTICIPANT O DIETA ESPECIAL QUE NECESSITE, I S'ADJUNTARÀ A AQUESTA FITXA AMB L'INFORME MÈDIC CORRESPONENT.

A. DADES PERSONALS DEL XIQUET O LA XIQUETA		
COGNOMS		NOM
DATA DE NAIXEMENT	EDAT	
B. FITXA MÈDICA		
MALALTIES PASSADES RELLEVANTS	SÍ ☐ NO ☐	QUINA?
MALALTIES CRÒNIQUES	SÍ ☐ NO ☐	QUINA?
DISCAPACITAT I/O NECESSITATS ESPECÍFIQUES	SÍ ☐ NO ☐	QUINA? NECESSITA MONITOR o MONITORA DE SUPORT? SÍ ☐ NO ☐ Cal emplenar la fitxa de necessitats específiques.
PREN MEDICACIÓ?	SÍ ☐ NO ☐	QUINA? Cal emplenar el consentiment per l'administració de medicaments durant l'activitat i aportar un informe mèdic amb les pautes a seguir.
INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES	SÍ ☐ NO ☐	QUINA? Cal aportar informe mèdic amb les pautes a seguir.
AL·LÈRGIES	SÍ ☐ NO ☐	QUINA? Cal aportar informe mèdic amb les pautes a seguir.
SAP NADAR?	NO ☐ POC ☐ REGULAR ☐ BÉ ☐ MOLT BÉ ☐	
OBSERVACIONS		
C. DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ.		
Nom _____ amb DNI _____ Com a pare/mare/tutor-a 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 a l'escola d'estiu. Adjunte una fotocòpia completa de la targeta SIP o la documentació necessària de l'assegurança a què pertany. AUTORITZE: Que, en el cas de màxima urgència, l'organització competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica. SIGNATURA València, _____ d _____ de _____.		