

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	
PERSONES DE CONTACTE I TELÈFONS:	1. —	3. —
	2. —	4. —
B. FITXA MÈDICA		
MALALTIES PASSADES RELLEVANTS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA?
MALALTIES CRÒNIQUES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA?
DISCAPACITAT I/O NECESSITATS ESPECÍFIQUES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA? NECESSITA MONITOR o MONITORA DE SUPORT? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cal emplenar la fitxa de necessitats específiques.
PREN MEDICACIÓ?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA? Cal aportar informe mèdic amb les pautes a seguir quan la medicació s'haja de prendre en horari d'activitat.
INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA? Cal aportar informe mèdic amb les pautes a seguir.
AL·LÈRGIES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA? Cal aportar informe mèdic amb les pautes a seguir.
TÉ EL CALENDARI VACUNAL AL DIA?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SAP NADAR?	NO <input type="checkbox"/> POC <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ <input type="checkbox"/> MOLT BÉ <input type="checkbox"/>	
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 .		