

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		
NOM	COGNOMS	EDAT
B. FITXA MÈDICA		
MALALTIES CRÒNIQUES	SÍ ☐ NO ☐	QUINA?
PREN MEDICACIÓ?	SÍ ☐ NO ☐	QUINA? Cal emplenar el consentiment per a 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.
NECESSITATS ESPECÍFIQUES I/O DISCAPACITAT (Diagnosticades o amb sospita de diagnòstic)	SÍ ☐ NO ☐	QUINA? Cal emplenar la fitxa de necessitats específiques.
OBSERVACIONS		

C. DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ.
Nom i cognoms amb DNI Com a representant legal 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. SIGNATURA València, de de .