



## **FITXA MÈDICA**

### **Extraescolars Curs 2015-2016**

- NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE/A:.....
  - ADREÇA:.....
  - POBLACIÓ:..... CODI POSTAL:.....
  - DATA NAIXEMENT: ..... EDAT: .....
  - TELÈFONS DE CONTACTE: ..... / .....
- 
- Pateix el seu fill/a alguna malaltia?..... Quina? .....
  - .....
  - Ha patit malalties importants? ..... Quines? .....
  - Intervencions quirúrgiques que li han realitzat: .....
  - .....
  - Pren alguna medicació?  NO  SI Quina? .....
  - ..... (Recordeu que sense la recepta mèdica no li podrem subministrar)
  - Pateix algun tipus d'al·lèrgia? .....Quina?.....
  - Segueix alguna dieta o règim especial? ..... (Adjuntar en cas afirmatiu)
  - Té aplicades totes les vacunes que li corresponen per l'edat? ..... En cas negatiu especificar quines no: .....
  - Altres consideracions: .....
- 
- Té alguna disminució psíquica, física o sensorial?..... Quina? .....
  - .....
  - Especificar, si pertoca, si el seu fill/a no pot o té dificultats per realitzar algun tipus d'activitat física.....
  - .....
  - PES DEL NEN/A: ..... KG.

### **AUTORITZACIÓ**

JO (pare/mare/tutor/a legal) ....., amb DNI o passaport núm: ....., declaro que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes i AUTORITZO que en cas de màxima urgència, la Direcció competent prengui les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica i tanmateix AUTORITZO a una intervenció quirúrgica d'urgència si ha estat impossible la meva localització.

Signatura:

Data:

### **Adjuntar Fotocòpia Tarja Seguretat Social**