

CAMPUS MULTIESPORTIU

Fitxa de salut

Dades de l'infant

Nom i Cognoms :

DNI :

Edat:..... Grup sanguini (si es coneix):.....

Es mareja amb facilitat? **SI NO**

sap nedar? **SI NO**

Número de Targeta Sanitària

Alimentació

És intolerant o al·lèrgic a cap ingredient? **SI NO**

Quins?

Segueix alguna dieta especial? **SI NO**

Quina?

Malalties

Pateix alguna malaltia crònica?: **SI NO** Quina

Pateix alguna malaltia amb freqüència? **SI NO** Quina

Pren cap medicament? **SI NO** Quin

Especificar dosis i administració:

· **Nota:** serà imprescindible adjuntar certificat mèdic i haver signat l'autorització referent al subministrament de medicaments.

Té totes les vacunes obligatòries? **SI NO**

Al·lèrgies

Pateix alguna al·lèrgia? **SI NO** Quina:

Reacció ?.....

Protocol d'actuació en cas d'al·lèrgia?.....

Altres observacions:

Manifesto que el meu fill/filla no té cap incapacitat, ni física ni psíquica, per a la pràctica esportiva.

Nom i DNI

Signatura pare, mare o tutor/a

_____, ____ de ____ del 202__

· **Nota:** si es donés algun canvi posterior a l'entrega d'aquesta autorització serà RESPONSABILITAT del pare /mare o tutor/a informar-ne.