

FITXA MÈDICA

Nom i Cognoms

Núm. del carnet del Servei Català de la Salut

Grup sanguini (si se sap)

Metge o pediatre de seguiment

Telèfon del metge

Té vertigen

Es mareja fàcilment

Sap nedar

Té alguna al·lèrgia

Quina

Pateix sovint alguna d'aquestes malalties?

Angines

Faringitis

Mal d'orella

Asma

Hemorràgies nasals

Mal de queixal

Constipats

Mal de cap

Restrenyiment

Altres

Té o ha tingut alguna malaltia greu?

Quina?

Pren alguna medicació especial?

Quina i quina administració?

Segueix algun règim alimentari especial?

Quin?

Té les vacunes obligatòries per la seva edat ?

Està vacunat del tètanus ?

Data de la vacuna

OBSERVACIONS

En/Na

amb DNI

com a (1) del nen/a

, dono fe que les

dades i autoritzacions aquí anotades són vàlides, sent conscient del seu significat.

(1) Pare, mare o tutor/a.

, a de de 2010

(Signatura del pare, mare o tutor/a i DNI)

NO autoritzo a l'equip de monitors/es a utilitzar un vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat, en el cas de necessitar atenció mèdica.

NO autoritzo a banyar-se en piscines públiques, rieres o rius.

* Recordeu que cal adjuntar una fotocòpia del carnet del Servei Català de la Salut i/o mútua i de la tarja de vacunacions