

FITXA DE SALUT

(Aquest document només tindrà vigència mentre duri l'activitat/curs. Un cop finalitzada, aquest document s'ha de destruir).

DOCUMENTACIÓ SANITÀRIA/SALUT:

- Fitxa de salut signada per qui ha signat el full d'autorització corresponent.
- Targeta magnètica d'identificació sanitària o un altre document acreditatiu del dret a la prestació de la sanitat pública o de l'assegurança mèdica privada, si s'escau.
- Fotocòpia del carnet de vacunacions.
- Autorització mèdica / recepta mèdica en el cas que el/la menor prengui medicació.

DADES BÀSIQUES:

Nom i cognoms:	Data de naixement:
Domicili:	Codi Postal:
Telèfons de contacte:	
Nom del pare:	Nom de la mare:
Núm. targeta Seguretat Social:	
Núm. targeta de la mútua:	Nom mútua:

DADES DE SALUT I MÈDIQUES:

MALALTIES QUE TÉ SOVINT	Marca X	FREQÜÈNCIA
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi		
Insomni		
Mareigs		

Té o ha tingut alguna malaltia crònica?

(al·lèrgia –especificar a què i quines reaccions té-, asma, epilèpsia, problemes quirúrgics...?)

Té problemes de la vista , l'oïda o la parla?

Quins?

Té alguna disminució (psíquica, física o sensorial)?

De quin grau?



Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc.)?

Quina?

Dorm bé? Sí No

Quantes hores dorm normalment?
És somnàmbul

Menja De tot Poques coses Molt Poc

Segueix algun règim especial?
És intolerant a algun aliment?

És hàbil? Sí No gaire
Es fatiga fàcilment? Sí No
Es mareja fàcilment? Sí No
Sap nedar? Sí No
Pateix enuresi? Sí No
És diabètic? Sí No

Pren alguna medicació?

Quina?
Administració (dies, horari, núm. de preses...). (adjuntar recepta o autorització mèdica)
Alguna altra característica no contemplada en les preguntes anteriors?

S'ha posat totes les vacunes que li pertoquen segons el calendari de vacunacions?

Data de l'última dosi antitetànica

Observacions

Signatura del pare, de la mare o del / de la tutor/a:

A _____, el dia _____ de _____ de l'any

Agrupament

Lloc de l'activitat

Dates de realització