**FITXA DE SALUT L’ESPAVIL 2021**

Nom i cognoms de l’infant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sap nedar?  Molt bé  Bé  Regular  No  Té temor

Durant l’any va a cursets de natació?  Sí  No

Ens els jocs/esports, es cansa ràpid?  Sí  No

Pateix hemorràgies sovint?  Sí  No

En cas afirmatiu, de quin tipus?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Té algun impediment físic o psíquic?  Sí  No

En cas afirmatiu,quin?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pateix o ha patit convulsions?  Sí  No

Malalties cròniques o al·lèrgies?  Sí  No

En cas afirmatiu, a què?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pren alguna medicació?  Sí  No

En cas afirmatiu, quina, horari i dosi?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dono el consentiment per a que se li administri al meu fill/a la medicació especificada a dalt en l’horari de les activitats del casal  Sí  No

Està al dia de les vacunes?  Sí  No

En cas negatiu, quina li falta?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pateix alguna discapacitat?  Sí  No

En cas afirmatiu, quina?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altres malalties, observacions a tenir en compte o qualsevol cosa que cregui que han de saber el personal dirigent?

Cal adjuntar la següent documentació:

* Targeta TISS
* Carnet de vacunacions

La Sénia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021

Nom, cognoms, DNI i signatura de la persona responsable: