



FITXA DE SALUT ACTIVITATS INFANTILS D'ESTIU

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 _____

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