



ESPLAI BON-VENT

Plaça Mossèn Joan Baranera s/n
08916 Badalona
Telèfon: 622118004 (Aina) – 622898878 (Sergi)
esplai bonvent.cat

FITXA MÈDICA

DADES PERSONALS

NOM I COGNOMS: _____
DATA DE NAIXEMENT: ___ / ___ / ___ ESCOLA: _____
ADREÇA DOMICILI: _____
BARRI: _____ POBLACIÓ: _____ CODI POSTAL: _____
TELÈFON 1: _____ TELÈFON 2: _____

DADES MÈDIQUES

Malalties importants que ha patit. Quan?

Malalties actuals: _____

Ha estat ingressat/da en un hospital? Quan i per quin motiu?

Intervencions quirúrgiques que li han realitzat:

Al·lèrgies conegudes: _____

Quins medicaments està prenent? (nom, dosi, quan, fins quan)

Dieta o règim especials i intoleràncies: _____

Té alguna disminució psíquica, física o sensorial? Quina?

Sap nedar? _____ Es fa pipí a les nits? _____ Es cansa molt a les excursions? _____

AUTORITZACIÓ

Jo, _____, amb D.N.I. _____

_____ autoritzo als monitors i a les monitores del meu fill/a a prendre les decisions mèdiques que creguin oportunes, en cas de ser necessari.

(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)	(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)	(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)
(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)	(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)	(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)
(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)	(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)	(signatura pare / mare / tutor/a)	Data: ___ / ___ (segell centre)