



ESPLAI BON-VENT

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

FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ ESCUELA: _____
DIRECCIÓN DOMICILIO: _____
BARRIO: _____ POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO 1: _____ TELÉFONO 2: _____

DATOS MÉDICOS

Enfermedades importantes que ha tenido. ¿Cuándo? _

Enfermedades actuales: _____

¿Ha estado ingresado/a en un hospital? ¿Cuándo y por qué motivo?

Intervenciones quirúrgicas que le han realizado:

Alergias conocidas: _____

¿Qué medicamentos está tomando? (nombre, dosis, cuándo y hasta cuándo)

Dieta especial e intolerancias: _____

¿Tiene alguna disminución psíquica, física o sensorial? ¿Cuál?

¿Sabe nadar? _____ ¿Se hace pipí por las noches? _____

¿Se cansa mucho en las excursiones? _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, con D.N.I. _____
_____ autorizo a los monitores y a las monitoras de mi hijo/a a tomar las decisiones
médicas que crean oportunas, en caso de ser necesario.

(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)	(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)	(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)
(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)	(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)	(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)
(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)	(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)	(firma padre / madre / tutor/a)	Fecha: ____ / ____ (sello centro)