

FITXA SANITÀRIA CASAL D'ESTIU KOSTKA 2017

Dades d'identificació del nen/a:

Nom:..... **Data de naixement/edat:**.....

Cognoms:.....

Adreça:..... **Telèfon de casa:**.....

Nom de la mare/tutora:..... **Mòbil:**.....

Nom del pare/tutor:..... **Mòbil:**.....

Núm. Targeta Sanitària CatSalut*:.....

(*IMPORTANT: és imprescindible adjuntar, grapada, una fotocòpia de la mateixa en el moment de lliurar aquesta fitxa sanitària a la Recepció de l'Escola)

Dades sanitàries del nen/a:

- **Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, etc.):**.....

.....

..... no, no en pateix cap

- **Té problemes cardiovasculars?:**.....

..... no, no en té cap

- **Té problemes de vista o d'oïda? Quins?:**.....

..... no, no en té cap

- **Pateix alguna disminució (física, psíquica, sensorial)?:**.....

..... no, no en pateix cap

- **Té algun problema de mobilitat?:**.....

..... no, no en té cap

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

..... no, no en té cap

- **Dorm bé?:** sí no:.....

- **Té insomni o terrors nocturns?:**.....

- **Menja:** de tot poques coses **Té cefalees?:** sí no

- **És hàbil?:** sí no gaire **Sap nedar?:** sí no encara

- **Es fatiga fàcilment?:** sí no **Pateix enuresi?:** sí no

- **Es mareja fàcilment?:** sí no **És diabètic?:** sí no

- **Pateix hemorràgies sovint? De quin tipus?**.....

- **Es posa malalt/a amb freqüència? De què?:**.....

- Segueix algun règim o dieta especial?:.....
.....
..... no, no en segueix cap

- Altres observacions i/o informació que creieu oportú que conegui el director/a del Casal d'Estiu:.....
.....
.....

AUTORITZACIÓ PER A LA MEDICACIÓ (IMPORTANT: si no s'emplena no s'aplicarà cap tipus de medicació al seu fill/a):

Autoritzo al director/a del Casal d'Estiu Kostka o, en lloc seu, a un membre de l'Equip de Monitors i Monitores, a administrar al meu fill/a els següents medicaments:

1(*)- Dosi:..... Horari:.....

Observacions:.....

2(*)- Dosi:..... Horari:.....

Observacions:.....

(*IMPORTANT: és imprescindible adjuntar la fotocòpia de la recepta mèdica corresponent a cadascun dels medicaments indicats en aquest apartat per tal de poder administrar-los.)

Jo, amb DNI

com a pare, mare o tutor/a del nen/a

declaro, sota la meva responsabilitat, que les dades que figuren a aquesta fitxa són certes i autoritzo que durant el Casal d'Estiu Kostka s'administrin els medicaments especificats en les dosis detallades en aquest mateix full al meu fill/a. Certifico, també, que el meu fill/a està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent i que el seu estat de salut és: Bo Altre:.....

.....

Barcelona, de/d' del

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