



Fitxa mèdica per a participants en activitats de lleure

Nom i cognoms:.....

Data de naixement: _____ / _____ / _____

Malalties que té sovint: (Marqueu amb una x)

Mal de panxa	
Mal de cap	
Otitis	
Angines	
Faringitis	
Refredats	
Hemorràgies	
Enuresi	
Insomni	
Mareigs	
.....	
.....	
.....	
.....	

Necessita algun règim especial? No Sí Quin?.....

Té algun tipus d'al·lèrgia? No Sí A què?.....

(En cas d'al·lèrgies alimentàries, cal adjuntar certificat mèdic)

Quan camina, es cansa aviat? No Sí

S'ha posat totes les vacunes que li pertoquen, segons el calendari de vacunacions? No Sí

-Data de l'última dosi antitetànica: _____ / _____ / _____

Pren algun medicament? No Sí

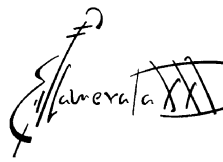
-Quin?.....Quina dosi?.....

Sap nedar? No Sí

Observacions:

Signatures dels pares o tutors,

Lloc i data:



Ficha médica para participantes en actividades lúdicas

Nombre y apellidos:.....

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Enfermedades frecuentes: (Marcar con una x)

Dolor de barriga	
Dolor de cabeza	
Otitis	
Anginas	
Faringitis	
Resfriados	
Hemorragias	
Enuresis	
Insomnio	
Mareos	
.....	
.....	
.....	
.....	

¿Necesita algún régimen especial? No Sí ¿Cual?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? No Sí ¿A qué?.....

(En caso de alergias alimentarias, es necesario adjuntar certificado médico)

¿Cuando camina, se cansa pronto? No Sí

¿Se ha puesto las vacunas que le per tocan, según el calendario de vacunaciones? No Sí

- Fecha de la última dosis antitetánica: _____ / _____ / _____

¿Toma algún medicamento? No Sí

-¿Cual?..... ¿Qué dosis?.....

¿Sabe nadar? No Sí

Observaciones:

Firmas de los padres o tutores,

Lugar y fecha: