**FITXA MÈDICA**

Jo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que gaudeixo de la guarda i custòdia:

(Nom i cognoms de l’infant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ amb DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data de naixement: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de la Seguretat Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero d’altres mútues: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grup Sanguini: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaro que:**

Té impediments físics o psíquics que impossibilitin la realització d’alguna activitat

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pateix malalties habituals o cròniques

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Té al·lèrgia o intolerància a algun medicament

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Té al·lèrgia o intolerància a algun aliment

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha rebut totes les vacunes pertinents a la seva edat (cal adjuntar còpia del carnet de vacunació)

**SI NO**

En cas d’accident o malaltia autoritzem a decisió del personal sanitari qualsevol activitat quirúrgica urgent.

**SI NO**

Autoritzem a usar el vehicle privat per al desplaçament no urgent ni especialitzat en cas de necessitar atenció mèdica.

**SI NO**

Autoritzem que rebi petites cures i medicaments com analgèsics, antipirètics i antiinflamatoris de formulació infantil i que es lliuren sense recepta per part dels dirigents.

**SI NO**

Altres observacions de caràcter mèdic

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sap anar amb bicicleta SI NO Sap nedar SI NO**

\* Qualsevol medicament que s’hagi de prendre l’infant o jove haurà d’acompanyar-se de l’autorització pertinent i la recepta mèdica.

\*Caldrà portar la targeta mèdica a totes les sortides de l’Agrupament.

SIGNATURA PARE/MARE O TUTOR