

Fitxa de salut

El/la vostre/a fill/a: _____

Té alguna al·lèrgia?

Té alguna malaltia habitual o crònica?

Té algun impediment físic o psíquic per realitzar les activitats?

Ha de prendre alguna medicació que escaigui mantenir durant l'activitat del cau, excursions o campaments (indiqueu horaris i quantitats)?

Ha de seguir algun règim especial que escaigui mantenir durant l'activitat (indiqueu horaris i quantitats)?

En cas d'accident o malaltia on sigui necessària una intervenció quirúrgica urgent, autoritzo l'equip mèdic a realitzar-la, així com el seu transport en vehicle privat i a que li siguin efectuades petites cures i subministrar, només, antitèrmics, antihistamínics, antiinflamatoris i analgèsics compostos de paracetamol, àcid acetilsalicílic o ibuprofè, per part de l'equip de dirigents.

Jo _____
amb DNI _____, declaro que la informació expressada en aquest document és correcta i eximeixo de responsabilitats a l'equip dirigent si la informació escrita és incorrecta. Per a que així consti la signo.

A Barcelona, _____ de _____ de 20____

signatura del responsable de l'infant

Amb el suport de: