

FITXA SANITÀRIA



NOM I COGNOMS DEL PARTICIPANT:

AUTORITZO als responsables del Casal d'estiu, per a proporcionar al meu fill/a l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitate. Igualment autoritzo a l'hospital i al personal medic per a administrar el tractament necessari pel seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas. Amb el ben entès que contactaran amb nosaltres en la major brevetat possible.

Confirmo que el meu fill/a, està al corrent de les vacunacions obligatòries d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya:

SI NO

- El seu fill/a té alguna malaltia o necessita alguna atenció especial que cal tenir en compte?

- Hi ha algun tipus d'aliment o medicament que el seu fill/a no pugui prendre?

- Altres aspectes a tenir en compte:

Signatura del pare/mare/tutor:

La Cellera de ter, _____ de _____ de 2016

Omplir si el seu fill/a té menys de 7 anys.

- El seu fill/a sap anar amb bicicleta sense rodetes? SI /NO
- Quin nivell de natació té el seu fill/a?

és autònom / sap nedar amb bombolleta / no sap nedar
