



## FITXA DE SALUT CURS 2018-2019

Emplenar per la mare, pare o tutor/a legal

DADES INFANT/JOVE

Nom i cognoms\* \_

Data de naixement\* \_ / \_ / \_

Unitat: \_

Jo , en/na\_ , amb DNI/NIE/Passaport \_ confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya: Sí  No  <sup>1</sup>

En cas de faltar alguna vacuna: Quina? .....

Última dosi antitetànica .....

Pateix alguna malaltia (asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)?.....

Malalties que té sovint	(marcar amb una x i explicar)
Mal de panxa	
Mal de cap	
Otitis	
Angines	
Faringitis	
Refredats	
Hemorràgies	
Enuresi	
Insomni	
Mareigs	
Altres	

Pren alguna medicació especial? Sí / No Quina?.....

### <sup>1</sup> DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT

Jo, \_ amb DNI/NIE/Passaport \_ ,  
pare / mare /tutor de l'infant/jove\_ em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ del meu fill/a, atès que no he aportat el Carnet de Vacunacions a la sol·licitud d'inscripció i per tant, exonero l'Agrupament Escolta i Guia \_ , els responsables de les activitats i l'equip de caps de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Signat (mare, pare o tutor/a legal): \_



Segueix algun règim (alimentari) especial? Sí / No Quin?.....

Té les següents al·lèrgies:.....

La seva reacció al·lèrgica és:

Com cal procedir:

**AUTORITZO** als caps a subministrar en cas de ferida lleu:

Nom del medicament	
Povidona iodada	

**AUTORITZO** als caps a subministrar en cas de febre alta (si no s'autoritza algun medicament, ratllar-lo):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat del menor	Pes del menor
Ibuprofè			
Paracetamol			

**AUTORITZO** als caps a subministrar en cas de dolor menstrual (si no s'autoritza algun medicament, ratllar-lo):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat de la menor	Pes de la menor
Ibuprofè			
Paracetamol			

**AUTORITZO\*\*** el tractament de les dades incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb MEGSJC per a les finalitats indicades.

A ....., a data ..... de ..... de 20.....

Signat (mare, pare o tutor/a legal): \_

\* *Dades obligatòries*

\*\* *Aquesta autorització és imprescindible per formalitzar la inscripció i participar de l'activitat*

En el cas dels infants o joves **MAJORS de 13 anys** cal que donin el seu consentiment pel que fa al tractament de les seves dades facilitades per la mare/pare/tutor:

Jo, en/na\_ **AUTORITZO** el tractament de les dades incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb MEGSJC per a les finalitats indicades.

A ....., a data ..... de ..... de 20.....

Signat (infant o jove): \_