

[**www.escolapieslluria.org**](http://www.escolapieslluria.org/)



**FITXA MÈDICA**

# DADES PERSONALS / PARTICIPANT INFORMATION

Nom i cognoms:……………………………………………………………………………….......……

Data de naixement:…………………………….. Lloc de naixement:……………........…...........

Edat:……........Curs:…….........Germans/es:……...……...........................................................….

Adreça:……………………………………………………………………………C.P.:……..…….….…

Telèfon de contacte: ……………………...........Avís/familiars:...................................................

Nom i cognom del pare, mare, tutor/a:……......………………………………...........….............

Nom del centre on estudia:…………………….…………………………………...........….............

# DADES MÈDIQUES / MEDICAL INFORMATION

Al·lèrgies:...…………………………….......….……......……...……...................................…............

Asmàtic? SI/NO. Tractament:....…………...….……......……...……...................................….....

Malalties destacables:......………..........…........….……......……...……...................................….

Pren alguna medicació? SI/NO. Quina?......……………………………………………………...

Està vacunat contra el tètanus? SI/NO.

# DADES D’INTERÈS PRÀCTIC / IMPORTANT INFORMATION

Necessita una atenció especial? SI/NO. Quina?....………………………….........................….

En relació a la seva edat, menja: POC/MOLT/NORMAL. Ha de fer migdiada? SI/NO.

És autònom a l’aigua? SI/NO. Altres especificacions d’interès:..…........….............................

…………………………………………………………………………………………………………….…Autorització a l’ús de fotografies per les xarxes socials de l’escola: SI/NO

# AUTORITZACIÓ DELS PARES O TUTOR / PARENTS OR TUTOR AUTHORIZATION

Sr./a. …………………………........…………………....................…amb DNI:…...………………….

Autoritza al seu fill/a a assistir al Casal d’Estiu SUMMER DAYS D’ESCOLÀPIES LLÚRIA, i dóna permís perquè realitzi totes les sortides i activitats organitzades.

# Signatura: