



Fitxa del / de la participant

Dades del / de la participant

Cognoms: _____ Nom: _____

Data de Naixement: _____

Adreça: _____ Número: _____ Escala: _____ Pis: _____ Porta: _____

CP: _____ Població: _____ Comarca: _____

Nom Pare/Tutor: _____ Tel. Pare: _____

Nom Mare/Tutora: _____ Tel. Mare: _____

Altres telèfons de contacte: _____

Correu electrònic on s'enviarà informació: _____

Fitxa de Salut

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques, etc.)	
Té alguna discapacitat física, psíquica, sensorial?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Quina?
Té problemes amb la vista i l'oïda?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Té alguna dificultat motriu? Quina?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Es fatiga fàcilment?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Es mareja fàcilment?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Sap nedar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Té problemes d'enuresi?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Diürna
Hipersensibilitat a la picada d'insecte? (en cas afirmatiu, especificar quin)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Pren alguna medicació especial? (En cas afirmatiu i en el cas que requereixi el tractament durant l'activitat, caldrà que ens autoritzeu a administrar medicaments)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Segueix algun règim especial? En cas afirmatiu, especificar de quin tipus	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Altres aspectes a tenir en compte: menjar, dormir,... i observacions que calguin informar i que no hagueu vist tractats en les preguntes anteriors:	

Signatura del pare, mare o tutor/a legal

A Riudoms, _____ de _____ de 2021