

<b>DADES PERSONALS</b>	<i>DATOS PERSONALES</i>
------------------------	-------------------------

Cognoms/Apellidos	Nom/Nombre
Data naixement/Fecha nacimiento	Edat/Edad

<b>EN CAS D'URGÈNCIA AVISAR A...</b>	<b>EN CASO DE URGENCIA AVISAR A...</b>
--------------------------------------	--

Nom/Nombre	Telèfon/Telefono
Nom/Nombre	Telèfon/Telefono
Nom/Nombre	Telèfon/Telefono

<b>FITXA SANITÀRIA</b>	<b>FICHA SANITARIA</b>
------------------------	------------------------

Segur al que pertany / Seguro al que pertenece	Nº seguro / SIP
--	-----------------

Pateix alguna malaltia? <i>¿Padece actualmente alguna enfermedad?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Quina? <i>¿Cuál?</i>	
--	---	-------------------------	--

Medicació que pren/ <i>Medicación que toma</i>
--

Està seguint tractament mèdic? <i>¿Está siguiendo tratamiento médico?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Quin? <i>¿Cuál?</i>	
--	---	------------------------	--

Te alguna intolerància als aliments? <i>¿Tiene alguna intolerancia a los alimentos?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Quina? <i>¿Cuál?</i>	
--	---	-------------------------	--

És al·lèrgic a algun tipus de medicament? <i>¿Es alérgico a algún tipo de medicamento?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Quin? <i>¿Cuál?</i>	
---	---	------------------------	--

Altres al·lèrgies. <i>Otras alergias.</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Quina? <i>¿Cuál?</i>	
--	---	-------------------------	--

Està vacunat segons el calendari de vacunacions? <i>¿Está vacunado según el calendario de vacunaciones?</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---

SAP NADAR? / <i>¿SABE NADAR?</i>	INSOMNI / <i>INSOMNIO</i>	MALSONS / <i>PESADILLAS</i>	VERTIGEN / <i>VÉRTIGO</i>
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UN POC <input type="checkbox"/> UN POCO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ <input type="checkbox"/> BIEN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Altres dades d'interès que deguem saber. <i>Otros datos de interés que debemos conocer.</i>	
--	--

Les intoleràncies alimentàries diagnosticades deuen ser comunicades per escrit junt a aquesta autorització. Qualsevol especificació o tractament mèdic deuran especificats a l'apartat **MEDICACIÓ**.  
*Las intolerancias alimentarias diagnosticadas deben ser comunicadas por escrito junto con esta autorización. Cualquier especificación o tratamiento médico deberán ser especificados en el apartado **MEDICACIÓN**.*

<b>MEDICACIÓ</b>	<i>MEDICACIÓN</i>
------------------	-------------------

--

**DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ****DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
Sr./Sra. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

mare/pare/tutor de \_\_\_\_\_  
madre/padre/tutor de \_\_\_\_\_

**DECLARE / DECLARO:**

Que totes les dades expressades a aquesta fitxa son certs, no existint cap incompatibilitat ni impediment per al normal desenvolupament de l'activitat.

*Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.*

**AUTORITZE / AUTORIZO:**

A que el meu fill/a participe al campament d'estiu organitzat pel Col·legi Ave Maria de Penya-roja, del 1 al 8 del juliol de 2012.

*A que mi hijo/a participe en el campamento de verano organizado por el Colegio Ave María de Penya-roja, del 1 al 8 del julio de 2012.*

Que en cas de màxima urgència el responsable competent de l'activitat prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha sigut impossible la meua localització.

*Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.*

En València , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura: \_\_\_\_\_

Firma: