

DADES PERSONALS		<i>DATOS PERSONALE</i>	
Cognoms/Apellidos		Nom/Nombre	
Data naixement/Fecha nacimiento	Edat/Edad		
EN CAS D'URGÈNCIA AVISAR A...		<i>EN CASO DE URGENCIA AVISAR A..</i>	
Nom/Nombre		Telèfon/Telefono	
Nom/Nombre		Telèfon/Telefono	
Nom/Nombre		Telèfon/Telefono	
FITXA SANITÀRIA		<i>FICHA SANITARIA</i>	
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/Medicación que toma			
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? / ¿SABE NADAR?		INSOMNI / INSOMNIO	MALSONS / PESADILLAS
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UN POC <i>UN POCO</i> <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ <i>BIEN</i>		<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 . <i>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.</i>			

MEDICACIÓ	<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 2013.

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 2013.

- 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: _____