

<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>		<i>EN CASO DE URGENCIA AVISAR A...</i>	
Nom/Nombre		Telèfon/Telefono	
Nom/Nombre		Telèfon/Telefono	
Nom/Nombre		Telèfon/Telefono	
<b>FITXA SANITÀRIA</b>		<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/ <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>
<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
VERTIGEN / <i>VÉRTIGO</i>		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Altres dades d'interès que deguem saber. <i>Otros datos de interés que debemos conocer.</i>			
<p>Les intoleràncies alimentàries diagnosticades deuen ser comunicades per escrit junt a aquesta autorització. Qualsevol especificació o tractament mèdic deuran especificats a l'apartat MEDICACIÓ.</p> <p><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></p>			

<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 del Col·legi Ave Maria de Penya-roja, del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

*A que mi hijo/a participe en el Campamento de verano del Colegio Ave María de Penya-roja, del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.*

- 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: \_\_\_\_\_