

A DADES DEL PARTICIPANT/DATOS DEL PARTICIPANTE

COGNOMS/APELLIDOS		NOM/NOMBRE	D.N.I.
DATA NAIXEMENT/FECHA NACIMIENTO	EDAT/EDAD	NOM DE LA MARE/ TUTORA – NOMBRE DE LA MADRE/ TUTORA	
NOM DEL PARE/ TUTOR – NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR		TELÈFON/TELÉFONO	ALTRES TELÈFONS/ OTROS TELÉFONOS

B FITXA SANITÀRIA/FICHA SANITARIA

GRUP SANGUINI GRUPO SANGUINEO	RH	ASSEGUANÇA A LA QUAL PERTANY/SEGURO AL QUE PERTENECE	NUM D'ASSEGUANÇA/ NUM. SEGURO
MALALTIES PASSEDES/ENFERMEDADES PASADAS			
<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/> ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> RUBÈOLA RUBÉOLA	<input type="checkbox"/> DIFTÈRIA DIFETRIA
<input type="checkbox"/> VARICEL-LA VARICELA	<input type="checkbox"/> GALTERES PAPERAS	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> ASMA
<input type="checkbox"/> ALTRES		<input type="checkbox"/> HÈRNIES HERNIAS	<input type="checkbox"/> FRACTURES ÒSSIES FRACTURAS ÓSEAS
OTRAS:			
PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA?/¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A ALGÚN TIPUS DE PICADA? ¿ES ALERGICO/A A ALGÚN TIPO DE PICADURA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA?/¿CUÁL? (mosquits, abelles, vespes o altres - mosquitos, abejas, avispas u otros)
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUINA?/¿CUÁL?
ÉS AL·LÈRGIC/A A CAP MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALERGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	QUIN?/¿CUÁL?
ALTRES AL·LÈRGIES/OTRAS ALERGIAS			
VACUNACIONS/VACUNACIONES			
<input type="checkbox"/> POLIOMELITIS	<input type="checkbox"/> PIGOTA VIRUELA	<input type="checkbox"/> TIFUS	<input type="checkbox"/> CÒLERA CÓLERA
<input type="checkbox"/> TÈTANUS TÉTANOS	<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/> ALTRES	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSI TUBERCULOSIS
OTRAS:			
HAS PARTICIPAT EN ALGUN BIVAC? ¿HAS PARTICIPADO EN ALGÚN VIVAC?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MALSONS/PESADILLAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			INSOMNI/IMSOMNIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

C DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ/DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS/MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS**

SR/A _____ com a pare/ mare/ tutor-a de _____

DECLARE:/DECLARO:

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de l' activitat.

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.

- S'adjunta fotocòpia completa de la cartilla de la seguretat social o la documentació necessària de l'asseguança a la qual pertany.
Se adjunta fotocopia completa de la cartilla de la Seguridad Social, o la documentación necesaria del seguro al que se pertenece.

AUTORITZE/AUTORIZO:

Perquè en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització.

Para que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Mislata, a _____ d _____ del _____

Signat/Firma:

DNI: _____