

**JOVENTUT**

      

**FITXA PERSONAL I SANITÀRIA**

FOTO

**DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT**

Cognoms:				Nom:	
Data Naixement:	Edat (anys complits):	N.º germans:	Grup sanguini:	Pes:	Altura:
Segur al que pertany:	Núm. Seguretat Social (NUSS):		Núm. de SIP:		
Nom i Cognom del Pare/Tutor:			Nom i Cognom de la Mare/Tutora		
Adreça		C.P.:	Població:	Telèfon:	

**MALALTIES PASSADES:** (marcar amb una X)

Pallola     Escarlatina     Rubèola     Diftèria     Tosferina     Varicel·la     Paperes  
 Hepatitis     Asma     Hèrnies     Cardíaques     Fractures     Altres: \_\_\_\_\_

**Pateix actualment alguna malaltia?** SÍ     NO

Quina? \_\_\_\_\_

Medicació que està prenent: \_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_    Data de inici \_\_\_\_\_    Data de finalització \_\_\_\_\_

**Té alguna malaltia crònica?** SÍ     NO

Quina? \_\_\_\_\_

Medicació que està prenent: \_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_    Data de inici \_\_\_\_\_    Data de finalització \_\_\_\_\_

**Segueix alguna dieta o règim especial?** SÍ     NO

Quin? \_\_\_\_\_

Medicació que està prenent: \_\_\_\_\_

Dosi: \_\_\_\_\_    Data de inici \_\_\_\_\_    Data de finalització \_\_\_\_\_

**És al·lèrgic/a a cap medicament o antibiòtic?**  
SÍ     NO     Quin? \_\_\_\_\_

Medicació que està prenent: \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_    Data de inici \_\_\_\_\_    Data de finalització \_\_\_\_\_

**Altres al·lèrgies (alimentaries/o altra índole):** \_\_\_\_\_

Medicació que està prenent: \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_    Data de inici \_\_\_\_\_    Data de finalització \_\_\_\_\_

**VACUNES:** (marcar amb una X)

Polio     Pigota     Tífus     Còlera     Tuberculosi  
 Diftèria     Tètanus     Pallola     Altres: \_\_\_\_\_

**DECLARE:**  
Que totes les dades expressades en aquestes fitxes són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat no impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de la activitat. Per tant,

**AUTORITZE:**  
El meu/la meua fill/a a assistir a l'activitat sol·licitada en les condicions establides. També, autoritze a la direcció perquè, en cas de màxima urgència i amb coneixement i prescripció mèdica, prengui les decisions medicoquirúrgiques necessàries, en el cas que no haja estat possible la meua localització.

Almussafes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

**SIGNATURA**

Nom i signatura ( persona que autoritza ) \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

<b>HA PARTICIPAT EN ALTRES ESCOLES D'ESTIU (tant de l'Ajuntament com d'altres entitats)?</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
En cas d'haver participat indica ell lloc, l'entitat i l'any:													
1. Lloc	<input type="text"/>	Entitat	<input type="text"/>	Any	<input type="text"/>	4. Lloc	<input type="text"/>	Entitat	<input type="text"/>	Any	<input type="text"/>		
2. Lloc	<input type="text"/>	Entitat	<input type="text"/>	Any	<input type="text"/>	5. Lloc	<input type="text"/>	Entitat	<input type="text"/>	Any	<input type="text"/>		
3. Lloc	<input type="text"/>	Entitat	<input type="text"/>	Any	<input type="text"/>	6. Lloc	<input type="text"/>	Entitat	<input type="text"/>	Any	<input type="text"/>		
<b>D'on son els amics?:</b> (marcar amb una X)													
Barri			<input type="checkbox"/>	Col·legi			<input type="checkbox"/>	Amics de la família				<input type="checkbox"/>	
<b>És</b> (marcar amb una X):													
Inquiet/a			<input type="checkbox"/>	Timid/a			<input type="checkbox"/>	Callat/a				<input type="checkbox"/>	
Quiet/a			<input type="checkbox"/>	Arriscat/a			<input type="checkbox"/>	Xarrador/a				<input type="checkbox"/>	
Es relaciona freqüentment amb amics/amigues ?													
SÍ					<input type="checkbox"/>	NO					<input type="checkbox"/>		
En les coses que fa és:													
Constant					<input type="checkbox"/>	Es cansa prompte						<input type="checkbox"/>	
En casa, col·labora?													
SÍ					<input type="checkbox"/>	NO						<input type="checkbox"/>	
Sap nadar?													
NO			<input type="checkbox"/>	POC			<input type="checkbox"/>	REGULAR		<input type="checkbox"/>	BÉ		<input type="checkbox"/>
Sap cançons?						Quina/es?							
SÍ			<input type="checkbox"/>	NO			<input type="checkbox"/>						
Sap ballar?						Quin/s?							
SÍ			<input type="checkbox"/>	NO			<input type="checkbox"/>						
Habilitats que té:													
Pertany alguna associació?						Quina/es?:							
SÍ			<input type="checkbox"/>	NO			<input type="checkbox"/>						
Té amics inscrits en l'activitat?						Quin/s?:							
SÍ			<input type="checkbox"/>	NO			<input type="checkbox"/>						
Activitats que realitza al seu temps lliure:													
<b>OBSERVACIONS:</b>													
<b>ALTRES QÜESTIONS</b> INDICA LA TALLA PER LA SAMARRETA:													
	3/4	5/6	7/8	8/9	10/11	11/12	S	M	L	XL			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
En compliment de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, les dades de caràcter personal i la informació facilitada pel participant seran incorporats i tractats en un fitxer informatitzat del que és responsable l'Ajuntament, la finalitat del qual és facilitar la gestió administrativa que li és pròpia. El participant podrà en tot moment, i de conformitat amb la legislació vigent, exercir els seus drets d'accés, rectificació i cancel·lació per mitjà de sol·licitud dirigida al departament de joventut.													