

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:		
<b>MALALTIES PASSEDES:</b> (marcar amb una X)						
<input type="checkbox"/> Pallola	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Rubèola	<input type="checkbox"/> Diftèria	<input type="checkbox"/> Tosferina	<input type="checkbox"/> Varicel·la	<input type="checkbox"/> Paperes
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hèrnies	<input type="checkbox"/> Cardíaques	<input type="checkbox"/> Fractures	<input type="checkbox"/> Altres: _____	
<b>Pateix actualment alguna malaltia?</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Quina? _____						
Medicació que està prenent: _____						
Dosi: _____		Data de inici _____		Data de finalització _____		
<b>Té alguna malaltia crònica?</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Quina? _____						
Medicació que està prenent: _____						
Dosi: _____		Data de inici _____		Data de finalització _____		
<b>Segueix alguna dieta o règim especial?</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Quin? _____						
Medicació que està prenent: _____						
Dosi: _____		Data de inici _____		Data de finalització _____		
<b>És al·lèrgic/a a cap medicament o antibiòtic?</b>						
SÍ <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		Quin? _____		
Medicació que està prenent: _____						
Dosis _____		Data de inici _____		Data de finalització _____		
<b>Altres al·lèrgies(alimentaries/o altra índole):</b> _____						
Medicació que està prenent: _____						
Dosis _____		Data de inici _____		Data de finalització _____		
<b>VACUNES:</b> (marcar amb una X)						
<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Pigota	<input type="checkbox"/> Tífus	<input type="checkbox"/> Còlera	<input type="checkbox"/> Tuberculosi		
<input type="checkbox"/> Diftèria	<input type="checkbox"/> Tètanus	<input type="checkbox"/> Pallola	<input type="checkbox"/> Altres: _____			
<b>DECLARE:</b>						
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,						
<b>AUTORITZE:</b>						
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, prenga les decisions medicoquirúrgiques necessàries, en el cas que no haja estat possible la meua localització.						
Almussafes, a _____ de _____ de 2024						
<b>SIGNATURA</b>						
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? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
						Quina/es?:					
Té amics inscrits en l'activitat? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
						Quin/s?:					
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.											