

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:	Telèfons d'emergència durant l'activitat: //		
MALALTIES PASADES: (marcar amb una X)						
<input type="checkbox"/> Pallola	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Rubèola	<input type="checkbox"/> Diftèria	<input type="checkbox"/> Tos ferina	<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: _____	
Pateix actualment alguna malaltia? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Quina? _____						
Medicació que està prenent: _____						
Dosi: _____ Data de inici _____ Data de finalització _____						
Té alguna malaltia crònica? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Quina? _____						
Medicació que està prenent: _____						
Dosi: _____ Data de inici _____ Data de finalització _____						
Segueix alguna dieta o règim especial? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Quin? _____						
Medicació que està prenent: _____						
Dosi: _____ Data de inici _____ Data de finalització _____						
És al·lèrgic/a a cap medicament o antibiòtic?						
Sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		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)						
<input type="checkbox"/> Pòlio	<input type="checkbox"/> Pigota	<input type="checkbox"/> Tifus	<input type="checkbox"/> Còlera	<input type="checkbox"/> Tuberculosi		
<input type="checkbox"/> Diftèria	<input type="checkbox"/> Tètanus	<input type="checkbox"/> Pallola	<input type="checkbox"/> Altres: _____			
DECLARE:						
Que totes les dades expressades en aquestes fitxes són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat i 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, prenga les decisions medicoquirúrgiques necessàries, en el cas que no haja estat possible la meua localització.						
Almussafes, a _____ de _____ de 2026						
Mare o tutora legal que autoritza: _____ DNI: _____ Signatura: _____						
Pare o tutor legal que autoritza: _____ DNI: _____ Signatura: _____						

HA PARTICIPAT EN ALTRES CAMPAMENTS (tant de l'Ajuntament com d'altres entitats)? Sí NO

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"/>

D'on son els amics?: (marcar amb una X)

Barri Col·legi Amics de la família

És (marcar amb una X):

Inquiet/a Timid/a Callat/a
Quiet/a Arriscat/a Xarrador/a

Es relaciona freqüentment amb amics/amigues? Sí NO

En les coses que fa és: Constant Es cansa prompte

En casa, col·labora? Sí NO

Sap nadar? NO POC REGULAR BÉ

Sap cançons? Sí NO

Quina/es?

Sap ballar? Sí NO

Quin/s?

Habilitats que té:

Pertany alguna associació? Sí NO

Quina/es?:

Té amics inscrits en l'activitat? Sí NO

Quin/s?:

Activitats que realitza al seu temps lliure:

OBSERVACIONS:

ALTRES QÜESTIONS

INDICA LA TALLA PER LA SAMARRETA:

8 12 16 S M L XL

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.