

FITXA D'INSCRIPCIÓ

CENTRE D'ESPLAI LA GELTRÚ

FOTO

Arrel Tropa Quitxalla Xiruca Casal Branca

1r cognom	2n cognom	Nom

Data de Naixement	Escola o Institut			
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

DADES PERSONALS

Adreça	Núm.	Pis	Porta

Codi Postal	Població	Telèfon fix

Nom dels pares	Mòbil

Correu electrònic dels pares

Domicili dels pares durant l'activitat (en cas de ser diferent a l'habitual)	Telèfons d'urgències

Nombre de germans/es:	Lloc que ocupa entre ells:

Observacions

ANTECEDENTS PERSONALS PATOLÒGICS

- Malalties respiratòries _____
- Accidents _____
- Trastorns digestius _____
- Malalties culinàries _____
- Altres malalties transmissibles _____
- Intervencions quirúrgiques _____
- Altres malalties _____
- Estat actual _____

DADES D'INTERÈS PRÀCTIC

- Té problemes amb la vista o l'oïda? Quins? _____

- Té alguna disminució? Sí No De quin tipus? Física Psíquica Sensorial
Quina? _____

- Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc)? Sí No Quina? _____

- En les excursions es cansa aviat? Si No
- Dorm bé? _____ Té insomni? _____ Quantes hores dorm? _____ hores
- Té problemes d'enuresi? Si No Diürn Nocturn
- Es mareja amb facilitat? Si No
- Sap nedar? Si No

- Menja: de tot algunes coses Quantitat: Poc Normal Molt
- Segueix algun règim especial? _____
- Necessita atenció especial? _____ Perquè? _____
- Està vacunat contra el tètanus? _____
- És al·lèrgic? _____ A què? _____
- És malaltís? Si No
- Angines Refredats Faringitis Mal de queixal
- Sinusitis Restrenyiments Mal d'orella Empatxos
- Enuresi nocturna Reumatisme infantil Altres
- Especificació del/s medicament/s en l'autorització pertinent.

Signatura del pare/mare/tutor legal