

FITXA DE SALUT

DADES
MENOR

Nom i cognoms* _____

Data de naixement* ___/___/___

Confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya:

Sí

No*

En cas de faltar alguna **vacuna**: Quina?

Última dosi antitetànica

Pateix alguna **malaltia** (asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)?.....

Malalties que té sovint		(marcar amb una x i explicar)
Mal de panxa	<input type="checkbox"/>	
Mal de cap	<input type="checkbox"/>	
Otitis	<input type="checkbox"/>	
Angines	<input type="checkbox"/>	
Faringitis	<input type="checkbox"/>	
Refredats	<input type="checkbox"/>	
Hemorràgies	<input type="checkbox"/>	
Enuresi	<input type="checkbox"/>	
Insomni	<input type="checkbox"/>	
Mareigs	<input type="checkbox"/>	
Altres	<input type="checkbox"/>	

Pren alguna **medicació** especial? Sí / No Quina?

Segueix algun **règim** (alimentari) especial? Sí / No Quin?

* DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT

Jo, _____ amb DNI _____

pare/mare/tutor del nen/a _____ em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ del meu fill/a, atès que no he aportat el Carnet de Vacunacions amb la documentació per a la inscripció a l'activitat Colònies eCAT 2017, exonero al Club Atletisme Tarragona, el responsable de l'activitat i l'equip de l'activitat de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Té les següents **al·lèrgies**:.....
.....

La seva reacció al·lèrgica és:.....
.....

Cal procedir:.....
.....

En cas de ferida lleu, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

Medicament	Nom del medicament	
Betadine	Iode	

En cas de febre alta, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

Medicament	Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat del menor	Pes del menor
Dalsy	Ibuprofè			
Apiretal	Paracetamol			

En cas de dolor menstrual, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat de la menor	Pes de la menor
Ibuprofè			
Paracetamol			

Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informen que les dades personals incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb el CLUB ATLETISME TARRAGONA seran incorporades en un fitxer propietat del CLUB ATLETISME TARRAGONA, amb la finalitat de garantir el benestar dels menors en les activitats de l'entitat.

En tot cas, podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació o oposició, dirigint-se per escrit a CLUB ATLETISME TARRAGONA, c/ Josep Pla Casadevall 7, baixos, 43007 Tarragona.

Assabentat i conforme amb l'exposat en els apartats anteriors, vostè consent i autoritza expressament a CLUB ATLETISME TARRAGONA per tractar les dades personals que voluntàriament facilita segons les finalitats exposades en aquest escrit.

A, a data de de 20.....

Signatura del pare, mare o tutor/a: