

COLÒNIES UN SALT AL CIRC

Dades personals i mèdiques

Nom i cognoms del/la participant:

Data de naixement:

DADES PERSONALS DEL/LA PARTICIPANT:

Dades Sanitàries:

Núm. targeta CatSalut:

Nom i Núm. de la mútua (*en cas de que en tingui*).....

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

SI ☐ NO*☐

*En cas de faltar alguna vacuna: Quina?

Cal omplir el Document “ responsable Vacunes” que trobareu a la web.

Té alguna discapacitat? Quin grau? Quin és el diagnòstic?

.....
.....

Al·lèrgies o intoleràncies conegudes (ambientals, farmacològiques...)

.....
.....

Té alguna malaltia crònica?

.....
.....

*** en cas de tractament mèdic crònic, adjuntar recepta signada amb posologia.*

Pren algun medicament? (anotar nom, dosi, quan subministrar-lo, fins quan)

.....
.....

***adjuntar informe o justificant mèdic corresponent.*

Altres observacions sobre malalties o atencions especials que cal tenir en compte:

.....
.....



MALALTIES QUE TÉ SOVINT					
Mal de panxa		Refredats		Angines	
Mal de cap		Hemorràgies		Insomni	
Otitis		Enuresi		Mareigs	

Piscina:

Sap nedar? SI ☐ NO ☐
 Utilitza taps, manguitos o similar? SI ☐ NO ☐ Què?
 Té la pell molt sensible al sol? SI ☐ NO ☐

Vestir:

Té autonomia alhora de vestir-se? SI ☐ NO ☐
 Presenta alguna dificultat especial? SI ☐ NO ☐
 Quina?
 Acostuma a endreçar les seves coses? SI ☐ NO ☐

Dormir:

Dorm bé, d'una tirada? SI ☐ NO ☐
 Acostuma a tenir malsons? SI ☐ NO ☐
 Té por a la foscor? SI ☐ NO ☐
 Cal que es llevi a la nit a fer pipi? SI ☐ NO ☐
 Li costa agafar el son? SI ☐ NO ☐
 Li costa aixecar-se al matí? SI ☐ NO ☐
 Quantes hores dorm habitualment?

Hàbits d'higiene:

És polida amb la seva persona? SI ☐ NO ☐
 Té l'hàbit de rentar-se les dents? SI ☐ NO ☐
 Té l'hàbit de pentinar-se? SI ☐ NO ☐

Menstruació:

Té la menstruació? SI ☐ NO ☐
 Té molèsties? SI ☐ NO ☐
 Fa servir tampons o, copa menstrual? SI ☐ NO ☐
 És autònoma amb les mesures d'higiene que cal prendre? SI ☐ NO ☐

Menjar:

Menja de tot? SI ☐ NO ☐
 Té al·lèrgia / intolerància a algun aliment? SI ☐ NO ☐
 Quin?

 Té alguna dificultat alhora de menjar? SI ☐ NO ☐
 Dieta o règim especials? SI ☐ NO ☐
 Quina? vegetarianisme ☐ veganisme ☐ sense carn de porc ☐

