

+ ART Casal d'Arts Escèniques

DADES PERSONALS I MÈDIQUES



Nom i cognoms del/la participant:

Data de naixement:

DADES PERSONALS DEL/LA PARTICIPANT:

Dades Sanitàries:

Núm. targeta CatSalut:

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 No Vacunes" que trobareu a la web.

Necessita alguna adaptació concreta o té alguna necessitat de suport específic?

Especifiqueu quina.

.....
.....

Té certificat de discapacitat? Grau de discapacitat.

.....
.....

Té algun diagnòstic? Quin?

.....
.....

*** 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:

.....
.....

Signatura i data: