



FULL DE DADES COMPLEMENTÀRIES ACTIVITATS D'ESTIU 2023

SERVEI CONTRACTAT: _____

DADES DEL NEN/A I FAMILIARS

Nom :	Cognoms :	
Data de Naixement :	Edat :	Curs :
Adreça :	Telèfon :	
Població :	Codi Postal :	
Nom del Pare/Mare o Tutor/a	DNI	
	Mail	
Nom del Pare/Mare o Tutor/a	DNI	
	Mail	
Altres Telèfons de contacte :		

FITXA MÈDICA

Número de la Seguretat Social CIP

Pot tenir :

Hemorràgies <input type="radio"/>	angines <input type="radio"/>	diarrees <input type="radio"/>	mal de cap <input type="radio"/>
estrenyiment <input type="radio"/>	febre <input type="radio"/>	epilèpsia <input type="radio"/>	cucs <input type="radio"/>
asma <input type="radio"/>	problemes quirúrgics <input type="radio"/>		

Altres malalties : _____

Considera que el seu fill/a necessita un reforç amb monitoratge per dur a terme l'activitat a la qual s'inscriu? En cas positiu , ho ha de comunicar al personal de l'oficina d'atenció del PMSAPM en la que realitza la inscripció.

Necessita Reforç (Si / No) :

Té alguna al·lèrgia? _____

És al·lèrgic a algun menjar ? Quin ?

Restriccions en la dieta: No pot menjar porc No pot menjar carn Altres _____



Està actualitzat l'estat de vacunació? _____

Pateix de :

Dels ossos

Diabetis

la columna

del cor

la pell (erupcions, fongs...)

altres

Fa servir :

Ulleres

Plantilles

lents de contacte

altres observacions

aparell d'ortodòncia

Sap nedar : Si No

Cavallet? _____

Observacions :

Assistirà en horari de tarda de 15 a 17 hores : SI NO

AUTORITZACIONS DEL PARE, MARE O TUTOR

En/na: _____ amb DNI núm. _____ Autoritzo al meu fill/a _____ a assistir a l'activitat sol·licitada, sota les condicions establertes. Fent extensiva aquesta autorització a les decisions mèdic-quirúrgiques que fos necessari adoptar en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa.

Signatura,

Martorell : _____ de/d' _____ de 2023

El dret a la pròpia imatge és reconegut en l'article 18.1 de la Constitució espanyola i està regulat per la Llei orgànica 1/1982, de 5 de maig, sobre el dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, per la qual cosa el Patronat Municipal de Serveis d'Atenció a les Persones de Martorell demana el consentiment als pares, mares o tutors legals per publicar fotografies i vídeos on surtin els seus fills que hi siguin clarament identificables.

Si No - Autoritzo que la imatge del meu fill/a _____ pugui aparèixer en materials gràfics i audiovisuals corresponents a les activitats del Patronat Municipal de Serveis d'Atenció a les Persones de Martorell.

Signatura,

Martorell : _____ de/d' _____ de 2023