

Fitxa de salut

Nom i cognoms.....

Al·lèrgies i/o intoleràncies

.....

Diversitats funcionals

.....

Pateix alguna malaltia? (asma, epilèpsia, etc) No Sí

Quina. Necessitats especials

.....

.....

Pren alguna medicació especial? No Sí

(En cas afirmatiu, cal emplenar l'autorització d'administració de medicaments que us facilitem).

Està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent No Sí

En cas que la resposta sigui negativa el pare/mare/tutor/a sotasignant es declara responsable de les conseqüències de la no vacunació.

Declaro:

Que les dades consignades en aquesta fitxa de salut són certes, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/da a comunicar a la Fundació Pere Tarrés qualsevol variació que pugués produir-se d'ara endavant i fins a la finalització de l'activitat.

Signatura pare/mare/tutor/a