

## FITXA MÈDICA I DADES DE CONTACTE

Nom de l'alumne/a \_\_\_\_\_

DNI (si en té) \_\_\_\_\_

N. Seguretat Social \_\_\_\_\_

Persona i telèfon de contacte 1 \_\_\_\_\_

Persona i telèfon de contacte 2 \_\_\_\_\_

Persona i telèfon de contacte 3 \_\_\_\_\_

Edat, pes i alçada \_\_\_\_\_

Grup sanguini i RH \_\_\_\_\_

Malalties greus que ha patit \_\_\_\_\_

Lesions òsses i/o musculars recents \_\_\_\_\_

Problemes d'esquena? Especificar tractament \_\_\_\_\_

Segueix algun tractament farmacològic? Especificar quin i indicar les dosis (en cas afirmatiu                      caldrà                      adjuntar                      justificant                      mèdic)

L'alumne/a pot prendre sol/a la medicació indicada en el punt anterior? \_\_\_\_\_

Comentaris \_\_\_\_\_

**IMPORTANT: S'ha de fer ús dels medicaments només en cas d'absoluta necessitat.**  
En aquest sentit, és important que col·laborem tots en l'educació dels nens/es.

En..... i na..... pares de l'alumne/a..... fem constar:

- 1 . Que no hi ha omesa cap malaltia o patologia coneguda que pugui afectar la salut del nostre fill/a.
- 2 . Que l'alumne portarà a Les colònies/Estada Lingüística la medicació necessària en cas de malaltia o tractament específic . En cas que l'Organització hagi d'adquirir medicació addicional per a l'alumne ( per pèrdua , tractament d'urgència ... ) aquesta haurà de ser abonada pels pares o tutors a la tornada de l'activitat.
- 3 . Que en el cas d'administració de la medicació directament pel nen/a , l'Organització queda eximida de tota responsabilitat al respecte.

**Signatura pare / tutor :**

**DNI :**

**Signatura mare / tutora :**

**DNI :**



En/Na ....., amb DNI ..... com a representant parental de l'alumne .....

**DECLARA**

Que en/na.....**NO TÉ CAP AL·LÈRGIA NI INTOLERÀNCIA CONEGUDA**

Que en data....., el doctor....., amb nº col·legiat..... ha diagnosticat la següent al·lèrgia al meu fill/a:.....

Que acredita la diagnosi amb una copia testimoniada autèntica de la prescripció facultativa.

Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut d'en/na....., cal prendre les següents precaucions: **(poseu-hi totes les indicacions que hagi fet constar el metge)**

.....  
.....  
.....

Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu ha prescrit que s'administri al menor la dosi..... del medicament ....., d'acord amb el contingut de la copia testimoniada de la prescripció i el protocol d'actuació que acompanyem amb la present Instància

**DEMANA,**

- Que prengui les mesures adients per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent al·lèrgogen .
- Que, en substitució i per ordre del representant parental del menor, que signa el present document, en cas de contacte amb agent al·lèrgogen, administreu la medicació prescrita pel doctor..... consistent en ..... a administrar .....

**Signat representant legal / pares**

## AUTORITZACIÓ DE TRASLLAT DEL PARE/MARE/TUTOR/A

En/Na ..... amb DNI número .....  
com a pare, mare, tutor/a legal de l'alumne ..... del  
curs .....

**AUTORITZO** al trasllat NO URGENT NI ESPECIALITZAT, en vehicle privat, del meu fill/a per part dels responsables de la casa de colònies (**nom casa**) a un centre hospitalari ( SEMPRE AMB AVÍS al pare, mare, tutor/a responsable) i amb l'acompanyament d'un membre del centre educatiu, en cas d'atenció mèdica.

## AUTORITZACIÓ D'INTERVENCIÓ MÈDICA DEL PARE/MARE/TUTOR/A

Atenent a les condicions que m'han estat notificades i prèvia presentació de la documentació corresponent. Faig extensiva aquesta autorització a les decisions medicoquirúrgiques que fos necessari adoptar, en cas d'extrema urgència, sota la pertinent direcció facultativa, i dono fe que tot el que faig contar en els fulls d'inscripció i documentació addicional és cert i és correcte.

Badalona, a ..... de ..... del 20.....

**Signat representant legal / pares**