

FITXA DE SALUT.

Si us plau, respon totes les preguntes sobre el teu/teva fill/a formulades a continuació amb un SÍ o un NO. A les preguntes on la resposta sigui SÍ, especifica a tot allò que consideris necessari.

Dades del participant

Nom i cognoms: _____

Data de naixement: _____

Ubicació on es realitza el Casal Exploradors del Mar d'Estiu Anèl·lides:

- **Seu Blue Wave Alliance Port Olímpic - Barcelona**

(Espacio Bluewave Alliance, Moll de Barcelona, s/n, Sant Martí, 08039 Barcelona)

Possibles impediments físics o psíquics

- Té algun problema de mobilitat? _____

- Té problemes de vista o oïda? _____

- L'infant prescindeix de necessitats educatives especials ? (cal especificar la resposta)

_____ -

- Hi ha algun aspecte important sobre les necessitats educatives especials (NEE) que us

agradaria que els monitors i monitores dels casals marins coneguessin per oferir la

millor experiència possible a l'infant?

Malalties cròniques i/o al·lèrgies

- Pateix alguna malaltia crònica? _____

- Pateix alguna malaltia amb freqüència? _____

- Pateix alguna al·lèrgia? _____
- Tipus d'al·lèrgia: _____
- Reacció en el nen/a: _____
- En cas de reacció al·lèrgica, com actuar, protocol a seguir:

- Previsions per a l'al·lèrgia: _____

Medicació amb indicació d'horaris i quantitat

- Pren algun medicament? _____
- Nom del medicament: _____
- Horaris: _____
- Quantitats: _____
- Sistema d'administració del medicament: _____

Règim que escaigui

- Hi ha coses que no pot menjar? Quines? _____
- Segueix alguna dieta especial? _____
- Qualsevol qüestió que es consideri necessari que sapiguem:

En cas de febre autoritzo als responsables a administrar els següents medicaments, sempre després de comunicar-ho als pares/mares/tutors del participant.

- Paracetamol
- Ibuprofè

INFORMACIÓ

- Es mareja en autocar?

SI

NO

- Menja:

- DE TOT
- POQUES COSES
- MOLT POC

- És propens a l'acetona?

- SI
- NO

- Utilitza algun tipus d'aparell corrector? Quin? Se'n fa responsable?

Autoritzo als responsables del Casal d'Exploradors del Mar d'Anèl·lides 2026 a Port Olímpic,

per a proporcionar al meu fill/a l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitar-la.

Igualment autoritzo a l'hospital i al personal mèdic per a administrar el tractament necessari

pel seu benestar, intervenció quirúrgica inclosa, si fos el cas. Amb el ben entès que contactaran amb nosaltres en la major brevetat possible.

Firma del pare/mare/tutor:

Nom i cognoms de qui firma: _____

DNI de qui firma: _____

Data: _____ de _____ del 2026

La fitxa de salut és una obligació legal que estableix el Decret 137/2003 de 10 de juny, informació que mantindrem amb la màxima confidencialitat de conformitat amb la llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

