

DADES MÈDIQUES

Dades de l'alumne/a.

Nom i cognoms:

DNI:

Grup sanguini:
(si es coneix)

Edat:

Número de targeta sanitària:

Es mareja amb facilitat? Sí. No.

ALIMENTACIÓ

És al·lèrgic/a a algun aliment o ingredient? Sí. No.

Especificar quin/quins:

És intolerant a algun aliment o ingredient? Sí. No.

Especificar quin/quins:

Segueix alguna dieta especial? Sí. No.

Especificar quina:

MALALTIES

Pateix alguna malaltia crònica? Sí. No.

Especificar quina/quines:

Pateix alguna malaltia amb freqüència? Sí. No.

Especificar quina/quines:

Pren alguna medicació?

Sí. No.

Especificar quina/quines:

*Nota: serà imprescindible adjuntar certificat mèdic i haver signat l'autorització referent al subministrament de medicaments.

Té totes les vacunes obligatòries?

Sí. No.

AL·LÈRGIES

Pateix alguna al·lèrgia?

Sí. No.

Especificar quina/quines:

Quina reacció pateix davant aquesta/es al·lèrgia/es?

Quin és el protocol d'actuació en cas d'al·lèrgia?

ALTRES OBSERVACIONS

Espai disponible per a altres observacions mèdiques.

AUTORITZACIÓ A CÒBUC, ESPAI DE CREIXEMENT I APRENTATGE

Jo com a pare/mare/tutor/a legal, amb DNI

autoritzo a l'equip de monitors/es a acompanyar l'infant a un centre mèdic en cas que es requereixi.

Berga

de

de

Firma del pare/mare o tutor/a legal.

La firma del document, es realitzarà de manera presencial el dia de la reunió informativa, o bé el primer dia del casal d'estiu.

La comunicació de les dades personals que consten en aquest document suposa l'autorització perquè s'incorporin a la base de dades de còbuc. Així mateix, aquestes dades són objecte de protecció d'acord amb les disposicions de la llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. Per aquest motiu, podeu exercir-ne el dret d'accés, modificació i cancel·lació, adreçant-vos personalment a còbuc.