|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Cognom |  |
| Núm.inscripció |  |



**Casal d’estiu 2019**

**Informació mèdica**

|  |
| --- |
| Telèfon en cas d’urgència: |
| Número targeta sanitària:*(adjuntar fotocòpia de la targeta sanitària)* |
| Ha rebut les vacunes corresponents: S I N O |
| Pateix alguna al·lèrgia: S I N OEn cas afirmatiu, a què: |
| Pateix en l’actualitat alguna malaltia? S I N O |
| En cas afirmatiu, quina? |

|  |
| --- |
| Segueix algun tractament mèdic actualment? S I N OEn cas afirmatiu:* Nom del tractament:
* Dosi:
* Cops al dia:
 |
| És propens a alguna malaltia? S I N OEn cas afirmatiu, quina? |
| Sap nedar? S I N O* Si no sap nedar caldrà que porti algun tipus d’element surant
 |
| OBSERVACIONS |