



FITXA DE SALUT CURS 2023-2024

DADES INFANT/JOVE

Emplenar per la mare, pare o tutor/a legal

Nom i cognoms* _____ Data de naixement* ___/___/___ Unitat: _____

Jo , en/na _____, amb DNI/NIE/Passaport _____ confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya: Sí No ¹ En cas de faltar alguna <u>vacuna</u> : Quina? Última dosi antitetànica
--

Pateix alguna malaltia (asma, epilèpsia, problemes derivats d'intervencions quirúrgiques...)?.....
.....

Malalties que té sovint		(marcar i explicar)
Mal de panxa		
Mal de cap		
Otitis		
Angines		
Faringitis		
Refredats		
Hemorràgies		
Enuresi		
Insomni		
Mareigs		
Altres		

Per tal d'ajustar el pla educatiu a cada infant/jove, necessitem ser coneixedors dels seus problemes emocionals/mentals/comportamentals. El teu fill/a pateix algun trastorn de salut mental?

Si NO (fer arribar els detalls a l'equip de caps).



Pren alguna medicació especial? Sí / No Quina?.....

.....

¹DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT

Jo, _____ amb DNI/NIE/Passaport _____, pare / mare /tutor de l'infant/jove _____ em faig exclusivament responsable de les possibles conseqüències/incidències derivades de la presumible NO VACUNACIÓ del meu fill/a, atès que no he aportat el Carnet de Vacunacions a la sol·licitud d'inscripció i per tant, exonero l'Agrupament Escolta i Guia _____, els responsables de les activitats i l'equip de caps de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

Signat (mare, pare o tutor/a legal): _____

Segueix algun règim (alimentari) especial? Sí / No Quin?.....

.....

Té les següents al·lèrgies:.....

.....

La seva reacció al·lèrgica és:

.....

.....

Com cal procedir:

.....

.....

AUTORITZO als caps a subministrar en cas de ferida lleu:

Nom del medicament	
Povidona iodada	

AUTORITZO als caps a subministrar en cas de febre alta (si no s'autoritza algun medicament, ratllar-lo):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat de la menor	Pes del menor
Ibuprofè 400			
Paracetamol			

AUTORITZO als caps a subministrar en cas de dolor menstrual (si no s'autoritza algun medicament, ratllar-lo):

Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat de la menor	Pes de la menor
Ibuprofè 400			
Paracetamol			

AUTORITZO** el tractament de les dades incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb MEGSJC per a les finalitats indicades.

A, a data de de 20.....

Signat (mare, pare o tutor/a legal): _____

* Dades obligatòries

** Aquesta autorització és imprescindible per formalitzar la inscripció i participar de l'activitat



Minyons Escoltes i Guies
de Catalunya

En el cas dels infants o joves **DE 14 ANYS O MÉS** cal que donin el seu consentiment pel que fa al tractament de les seves dades facilitades per la mare/pare/tutor:

Jo, en/na _____ **AUTORITZO** el tractament de les dades incloses en aquesta fitxa de salut, les que s'adjunten a la mateixa, i totes aquelles que s'obtinguin com a conseqüència de la relació amb MEGSJC per a les finalitats indicades.

A, a data de de 20.....

Signat (infant o jove): _____