

## FITXA DE SALUT

CASAL/CAMPUS: \_\_\_\_\_

ANY: 20 \_\_\_\_

Cognoms: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Curs finalitzat: \_\_\_\_\_



Nom del pare/mare/tutor-a: \_\_\_\_\_

Tlf Fix 1: \_\_\_\_\_

Tlf Mòbil 1: \_\_\_\_\_

Tlf Fix 2: \_\_\_\_\_

Tlf Mòbil 2: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DIVERSITAT FUNCIONAL:** Si  No

En cas afirmatiu:

Tipologia de la discapacitat:

Física  Auditiva  Visual  Psíquica  Malaltia mental

Grau de discapacitat  Pren Medicació  Periodicitat

Ha demanat monitor/a de suport en aquesta campanya d'estiu (2017)

**MALALTIES CRÒNIQUES:** Si  No

En cas afirmatiu:

Quina/Quines

Pren Medicació  Periodicitat

**REGIM ALIMENTARI:** Si  No

En cas afirmatiu:

TIPUS DE DIETA

- Celíaca (sense gluten)

- Sense ou

- Sense lactosa

- Diabetis

- Altres (especifiqueu quina):

Signatura pare/mare/tutor-a:

\*Indicar observacions i/o protocol d'activitats al dors

**OBSERVACIONS**

**PROTOCOL D'ACTUACIÓ EN CAS DE SITUACIÓ CRÍTICA**

(resum de la documentació entregada):