

FITXA DE SALUT

Nom i cognoms* data de naixement* / /
--

Confirmo que el meu fill/a, tutelat/ada, està vacunat/ada d'acord amb el Calendari de Vacunacions Sistemàtiques de Catalunya:

Sí

No*

En cas de faltar alguna vacuna: Quina?

.....

Última dosi antitetànica

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

.....

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

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

.....

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

.....

Té les següents al·lèrgies:.....

.....

*** DECLARACIÓ RESPONSABLE NO VACUNAT**

Jo, _____ amb DNI _____

pare/mare/tutor del nen/a _____ 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 amb la documentació per a la inscripció a l'activitat i per tant, exonero l'Agrupament Escolta i Guia Puig d' Afrou, el responsable de l'activitat i l'equip de caps de qualsevol responsabilitat per aquest motiu.

La seva reacció al·lèrgica és:.....

.....

Cal procedir:.....

.....

En cas de ferida lleu, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

medicament	Nom del medicament	
Betadine	Iode	

En cas de febre alta, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

medicament	Nom del medicament	Quantitat de medicament	Edat del menor	Pes del menor
Dalsy	Ibuprofè			
Apiretal	Paracetamol			

En cas de dolor menstrual, autoritzo els/les caps a subministrar (ratllar en cas contrari):

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

*Als efectes del que disposa la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades personals 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** seran incorporades en un fitxer propietat de **MEGSJC**, amb la finalitat de garantir el benestar dels menors en les activitats de l'entitat i complir amb el seu objecte social.*

*En tot cas, podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació o oposició, dirigint-se per escrit a: **MINYONS ESCOLTES I GUIES SANT JORDI DE CATALUNYA (MEGSJC)**, Rambla Mossèn Jacint Verdaguer 10, 08197 Valldoreix.*

*Assabentat i conforme amb l'exposat en els apartats anteriors, vostè consent i autoritza expressament a **MEGSJC** per tractar les dades personals que voluntàriament facilita, segons les finalitats exposades en aquest escrit.*

A la Celler de Ter, a data de de 2018

Signatura del pare, mare o tutor/a:

.....