



FITXA DE SALUT

Nom i Cognoms del nen/a:.....
 Nom i Cognoms del pare/mare:.....

CARACTERÍSTIQUES PERSONALS DEL NEN/A

Per tal de poder atendre millor a cada nen/a, cal que ens indiqueu els diferents aspectes:

Medicaments:

Ha de prendre algun medicament?.....
 Indicar quin, quan i quantitat a prendre.....

Al·lèrgies:

Té al·lèrgia a alguna substància?

Alimentació:

Hi ha algun aliment que no pot prendre?.....
 Indicar quin i perquè.....

Malalties:

Té alguna patologia o malaltia prèvia de base?

(donat que tindrien major risc davant la Covid19).....

Altres anotacions

Qualsevol cosa que pugui ser d'interès de cara al nen/a podeu indicar-la:.....

*** ÉS OBLIGATORI ADJUNTAR LA FOTOCÒPIA DEL CARNET DE VACUNES DEL NEN/A**
*** ÉS OBLIGATORI ADJUNTAR FOTOCÒPIA DE LA TARGETA SANITÀRIA CATSALUT DEL NEN/A**

DECLARACIÓ RESPONSABLE

En/na..... amb DNI.....

Com a persona progenitora o tutor/a legal del participant al Campus Explora Sort 2021, declaro sota la meua responsabilitat, que:

- El meu fill/a presenta absència de simptomatologia compatible amb la Covid19 (febre, tos, dificultat respiratòria, malestar, diarrea...) o amb qualsevol altre quadre infecciós.
- El meu fill/a no ha estat convivint ni ha tingut contacte estret amb algun positiu confirmat o amb simptomatologia compatible en els 14 dies anteriors al Campus Explora.
- Em comprometo a comunicar qualsevol canvi en l'estat de salut del meu fill/a, així com a comunicar diàriament el seu estat a l'equip organitzador del Campus Explora.

I per què quedi constància signo aquest document,

Sort, a.....de.....de 2021

Signatura del pare / mare / tutor