



CAMPUS DE PERFECCIONAMENT

SETMANA SANTA 2020



FITXA DE SALUT DEL/A PARTICIPANT

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Número Seguretat Social o targeta CatSalut:

Persones de contacte i telèfon en cas d'urgència:

.....

Pateix alguna malaltia important o crònica?

NO SI

Quina:

Té algun tipus d'al·lèrgia?

NO SI

Quina:

Té algun tipus d'intolerància a algun aliment o factor ambiental?

NO SI

Quina:

Ha patit alguna lesió en el darrer any?

NO SI

Quina:

Ha de prendre algun tipus de medicació? *(cal adjuntar fotocòpia de recepta mèdica i planificació)*

NO SI

Quina:

Pauta d'administració:

Ha de seguir algun tipus de dieta?

NO SI

Quina:

Altres observacions a tenir en compte

.....

Marcar la casella en cas per a autoritzar les accions següents:

Autoritzo a què el personal responsable de l'activitat administri la medicació que s'especifica en aquest document i/o la medicació que s'indiqui en un document per escrit en el moment d'inici.

Autoritzo a què es doni al meu fill/a l'atenció sanitària corresponent en cas de necessitat, atenent la informació que recull aquesta fitxa.

Així mateix, qui signa declara que el/la participant no presenta cap dificultat que l'impedeixi la normal pràctica esportiva, i assegura que les dades exposades són certes i autoritza al tractament i ús de les mateixes aquí exposades.

El Club Basquetbol Molins de Rei 2015 i Glo Think & Friends, S.L. es comprometen a tractar les dades facilitades en aquest document de forma confidencial amb la finalitat legítima de vetllar per la salut dels participants, i a només comunicar-les a la mutualitat o professionals sanitaris que correspongui amb la finalitat de garantir al menor l'assistència que pogués requerir. Les dades seran eliminades una vegada finalitzi el Basket Camp.

Nom del pare/mare/tutor/a:

amb DNI/NIE/Passaport

Data i Signatura