



Club
Excursionista
Vilaller



FITXA MÈDICA

DADES D'IDENTIFICACIÓ

Nom i Cognoms: _____ Data de naixement: _____.

Domicili: _____ Codi Postal: _____ Localitat: _____.

Telèfons de contacte: _____ Nom dels pares: _____.

Nº Tarja de la Seguretat Social (o CIP): _____.

Nº Tarja de la Mútua (indicar nom de la mútua): _____.

SALUT

Ha tingut alguna malaltia crònica? (al·lèrgia –especificar a què i quines reaccions té-, asma, epilèpsia, problemes quirúrgics...?) _____.

_____.

Ha tingut problemes cardíacs? _____.

_____.

Té problemes amb la vista, l'oïda o la parla? Quins? _____.

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc...)? Quina? _____.

Menja De tot Poques coses Molt Poc

Sap nedar? Sí No

Es fatiga fàcilment? Sí No Es mareja fàcilment? Sí No

Es posa malalt amb freqüència? De què? _____.

Pren alguna medicació? Quina? _____.

Segueix algun règim especial? _____.

Alguna altra característica no contemplada en les preguntes anteriors? _____.

_____.