

**FITXA D'INFORMACIÓ MÈDICA / FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA**  
(Adjunteu una còpia de la targeta sanitària / Adjuntar una copia de la tarjeta sanitaria)

**Nom i cognoms de l'alumne:**.....

*Nombre y apellidos del alumno*

**Data de naixement/ Fecha de nacimiento:** .....

**Adreça familiar en les dates del campament i municipi / Dirección familiar durante las fechas del campamento:** .....

**Telèfons contacte (indiqueu a qui correspon) Teléfonos de contacto (indicad a quién corresponde)**

**ASSEGURANÇA D'INFERMETAT A QUÈ PERTENEIX/SEGURO DE ENFERMEDAD AL QUE PERTENECE:**

**Seguretat social:** ☐ No ☐ Sí **Nº assegurat/ada:** .....

*Seguridad Social*

*Nº asegurado/a*

**Altres assegurances (especifiqueu):** .....

*Otros seguros (especificad)*

**Nº de pòlissa/ Nº de póliza:**.....

**MEDICINES / Medicina:**

**Pren algun medicament?** ☐ No ☐ Sí **Quin?** .....

*¿Toma algún medicamento?*

*¿Cuál?*

**Dosi a administrar / Dosis a administrar**.....

**És al·lèrgic a algun antibiòtic, medicament...?** ☐ No ☐ Sí

*¿Es alérgico a algún antibiótico, medicamento...?*

**Quin? / ¿Cuál?** .....

**AL·LÈRGIES ALIMENTÀRIES/ ALERGIAS ALIMENTARIAS:**

☐ **Lactosa** ☐ **Gluten** ☐ **Ou** ☐ **Fruits secs** ☐ **Proteïna de la vaca** ☐ **Cacauet**  
*Lactosa Gluten Huevo Frutos secos Proteína de la vaca Cacahuete*

**Altres / Otros**.....

**Segueix algun règim especial de menjades? / ¿Sigue algún régimen especial de comidas?**

☐ No ☐ Sí **Quin? / ¿Cuál?** .....

**Hi ha algun aliment que li senta mal? / ¿Hay algún alimento que le siente mal?**

☐ **Llet matutina / Leche matutina**

**Altres / Otros**.....

**ALTRES AL·LÈRGIES / OTRAS ALERGIAS:**

☐ **Pèl d'animal** ☐ **Pol·len** ☐ **Pols i àcars** ☐ **Picadures de:**.....  
*Pelo de animal Polen Polvo y ácaros Picaduras de*

**Altres / Otros**.....

**ALTRES INDICACIONS / OTRAS INDICACIONES** .....