



**centre MONSERRAT-XAVIER**  
De La FUNDACIÓ CULTURAL HISPANOFÒNICA  
[empreses ESCOLA JOAN PELÀGÍ]

## ACTIVITATS CENTRE MONSERRAT-XAVIER 2017/18

### FITXA MÈDICA

#### DOCUMENTS A ADJUNTAR:

- FOTOCÒPIA CARNET VACUNACIONS
- FOTOCÒPIA CARNET CATSALUT

### 1. DADES MÈDIQUES

#### A) ANTECEDENTS MÈDICS

Ha sofert alguna de les següents malalties?

- Xarampió       Galteres       Rubèola       Varicel·la

Les 3 primeres són malalties de vacunació obligatòria.

Ha estat objecte d'algun tipus d'intervenció quirúrgica?      Si      No

En cas afirmatiu, especifiqueu quina:

---

Té alguna malaltia o trastorn crònic?      Si      No

En cas afirmatiu, pren algun tractament específic per a aquesta?      Si      No

Indiqueu, si s'escau, el nom del medicament, les dosis i la periodicitat:

---

---

---

En cas que la patologia citada anteriorment fos de tipus AL·LÈRGIC (com l' ASMA o l' ATOPIA), especifiqueu quin tipus de compostos, siguin medicaments, aliments, i substàncies vegetals (com el pol·len ), animals (com els pèls) o ambientals (com la pols) desencadenen aquestes reaccions:

---

---

Realitza alguna mena de tractament específic per a aquests, que no hagueu citat anteriorment ? (en cas afirmatiu, indiqueu el medicament/s, dosi i pauta d'administració)

---

---

---

## **B) HÀBITS FISIOLÒGICS**

En cas que el vostre fill hagi de realitzar una dieta específica, ja sigui per patologies com l'al·lèrgica o per altra causa, indiqueu a continuació quins aliments o begudes no pot prendre, i entre parèntesi, la dieta alternativa (si no disposeu de prou espai, adjunteu una fotocòpia).

-----

-----

Té alguna mena de trastorn de l'hàbit intestinal o miccional (per exemple, enuresi nocturna)?

Si No

Especifiqueu quin (si s'escau) i si realitza alguna mena de tractament per a aquest:

-----

**Si el vostre fill duu alguna mena d'aparell protèsic, o d'altres (com ulleres, plantilles) de forma habitual, us recordem que el Centre Montserrat-Xavier no es fan responsables d'aquests aparells ni de la seva pèrdua o ruptura, si no és que els monitors hagin estat prèviament informats de la seva existència ni si tampoc ha estat sol·licitada la vigilància d'aquests aparells als monitors per part dels pares.**

## **C) DADES MÈDICO-ADMINISTRATIVES**

Esteu afiliats a alguna Mútua Sanitària a part de la Seg. Social - Servei Català de la Salut ?

En cas afirmatiu, digueu quina: \_\_\_\_\_

Especifiqueu el Número d' Afiliació a aquesta: \_\_\_\_\_

**Número d'afiliació a la Seguretat Social - Servei Català de la Salut** \_\_\_\_\_

En ambdós casos, **CAL QUE ENS ENTREGUEU LA FOTOCÒPIA DEL CARNET D'AFILIACIÓ MUTUAL I/O DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT.**

## **2. AUTORITZACIÓ DEL PARE/MARE O TUTOR/A**

En/na \_\_\_\_\_ amb DNI número \_\_\_\_\_, com a tutor legalment reconegut de en/na \_\_\_\_\_ certifica que les dades mèdiques reflectides anteriorment són les correctes i certifica aquesta fitxa mèdica.

**Signatura del pare/mare/tutor/a**