



**FITXA SANITÀRIA – FICHA SANITARIA**  
**ESCOLA D'ESTIU 2024 - NEE**  
*Sols menors amb NECESSITATS EDUCATIVES ESPECIALS*

<b>A DADES PARTICIPANT/DATOS PARTICIPANTE</b>		
COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	EDAT / EDAD
DATA NAIXEMENT/ FECHA NACIMIENTO	NOM MARE /PARE/ TUTOR – NOMBRE MADRE/ PADRE/TUTOR	
D.N.I. (MARE/PAREPADRE/MADRE)	TELÈFON/TELÉFONO	ALTRES TELÈFONS / OTROS TELÉFONOS

<b>B FITXA SANITÀRIA/FICHA SANITARIA</b>		
NUMERO TARJETA SIP DEL/ DE LA MENOR:		
PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿QUINA? ¿CUÁL?
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿QUINA? ¿CUÁL?
ES AL·LÈRGIC/A A CAP MEDICAMENT ? ¿ES ALERGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿QUIN? ¿CUÁL?
ALTRES AL·LÈRGIES O INTOLERÀNCIES/OTRAS ALERGIAS O INTOLERANCIAS:		
¿SAP NADAR? ¿SABE NADAR?	VERTIGEN/VÉRTIGO	
NO <input type="checkbox"/> POC <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ BIEN <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIGNÒSTIC MÈDIC DIAGNOSTICO MÉDICO:		

**CAPACITAT FUNCIONAL/CAPACIDAD FUNCIONAL:**

CONTROL D'ESFÍNTERS /CONTROL ESFINTERES  SI  NO .....

LIMITACIONS/LIMITACIONES:  AUDITIVES  VISUALS .....

COORDINACIÓ IDEOMOTORA :  SI  NO .....

MOVILITAT AUTÒNOMA  SI  NO .....

VESTIR-SE:  SI  NO .....

ALIMENTACIÓ AUTONOMA: SI  NO

DISFAGIA: SI  NO

**TRASTORNS CONDUCTUALS/ TRASTORNOS CONDUCTUALES:**

SI  NO

Per favor indica que tipus de conductes disruptives/ por favor indica que tipo de conductas disruptivas:

.....

.....

**ALTERACIÓ DEL LLENGUATGE/ALTERACIÓN DEL LENGUAJE;**

SI  NO

Indica:.....  
.....

**A TINDRE EN COMPTE/A TENER EN CUENTA:**

**C | DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

**DECLARE:/DECLARO:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per el desenvolupament normal de la vida quotidiana de l' activitat.

Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.

**AUTORITZE/AUTORIZO:**

Perquè en cas de màxima urgència, la direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització.

Para que, en caso de máxima urgencia, la dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Sagunt, a                      d    de 2024

Signat/Firma: