

FITXA DE SALUT | ESTADES MARINES PER A JOVES 2025

Si us plau, respon totes les preguntes sobre el teu / teva fill/a formulades a continuació amb un SÍ o un NO. A les preguntes on la resposta sigui SÍ, especifica a tot allò que consideris necessari.

Nom i cognoms del/la participant: _____

Població on realitza el camp: _____

Possibles impediments físics o psíquics

- Té alguna disminució? _____
- Té algun problema de mobilitat? _____
- Té problemes de vista o d'oïda? _____

Malalties cròniques i/o al·lèrgies

- Pateix alguna malaltia crònica? _____
- Pateix alguna malaltia amb freqüència? _____
- Pateix alguna al·lèrgia? _____
- Tipus d'al·lèrgia: _____
- Reacció en el nen/a: _____
- En cas de reacció al·lèrgica com actuar, protocol a seguir? _____
- Prevencions per a l' al·lèrgia: _____

Medicació amb indicació d'horaris i quantitat

- Pren algun medicament? _____
- Nom del medicament: _____
- Horaris: _____
- Quantitats: _____
- Sistema d'administració del medicament: _____

Règim que escaigui

- Hi ha coses que no pot menjar? Quines? _____
- Segueix alguna dieta especial? _____

Qualsevol qüestió que es consideri necessari que sapiguem: _____

En cas de febre autoritzo als responsables a administrar els següents medicaments, sempre després de comunicar-ho als pares/mares/tutors del participant.

Paracetamol ☐ Ibuprofè ☐

- Alguna informació a afegir? Ens ajuda molt a millor la convivència i el benestar de les participants saber en quin moment emocional es troben! _____

Signatura del pare/mare/tutor: _____

Nom i Cognom de qui signa: _____

DNI de qui signa: _____

Data: _____ de _____ del 2025.