

Dades del participant

| | | | |
|-----|------------|------------|---------------|
| Nom | 1er cognom | 2on cognom | Any naixement |
| | | | |

Activitat

Esplai d'Estiu

Casal Creatiu

Casal Esportiu

Aventura't

Està al dia amb el calendari de vacunes?

Si

No

Té autonomia dins l'aigua?

Si

No

Pateix alguna malaltia (asma, epilèpsia, diabetes...)?

Si

No

Quina?

Estat actual

Té problemes amb la vista o l'oïda?

Si

No

Quins?

Té alguna disminució?

Si

No

De quin tipus?

Física

Psíquica

Sensorial

Quina?

Té algun problema de mobilitat o alguna dificultat motriu (peus plans,...)?

Si

No

Quin?

Es fatiga fàcilment?

Si

No

Té problemes d'eneuresi?

Si

No

Diürn

Nocturn

Segueix alguna dieta?

Si

No

Per quin motiu?

Pateix alguna al·lèrgia alimentària o alguna incompatibilitat gàstrica?

Si

No

A què?

Es mareja amb facilitat?

Si

No

Li surt sang al nas amb facilitat?

Si

No

Pren algun medicament?

Si

No

Quin?

Dosi

Té al·lèrgies conegudes?

Si

No

Ha estat intervingut quirúrgicament?

Si

No

De què?

Observacions