

Data:

DADES DEL NEN/A

Nom: Cognoms:

D.N.I. Data naixement Sexe H D

Adreça: Número Pis i porta CP

Població Telèfon 1 Telèfon 2

DADES DEL PARE, MARE O TUTOR/A:

Nom: Cognoms:

D.N.I. Correu electrònic

INSCRIPCIÓ AL CAMPUS DE SETMANA SANTA '22 (marqueu les opcions triades):

CAMPUS (2011 - 2016) SERVEI D'ACOLLIDA MATÍ 8-9 h

PETIT CAMPUS (2017 - 2019)

DIES:

3 D'ABRIL

4 D'ABRIL

5 D'ABRIL

6 D'ABRIL

* Amb la inscripció cal presentar:

➡ FOTOGRAFIA CARNET

➡ FOTOCÒPIA CARNET VACUNACIONS

➡ FOTOCÒPIA TARIJETA SANITÀRIA

Pare-Mare o representant legal

QÜESTIONARI MÈDIC PARTICIPANT:

Expliqueu-ho:

1. Tè o ha tingut cap malaltia crònica o recurrent? NO SI _____
2. Ha estat diagnosticat d'alguna malaltia cardiovascular o se li ha recomanat activitat física supervisada mèdicament. NO SI _____
3. S'ha sotmès a cap operació? NO SI _____
4. Té al·lèrgia a cap medicament o aliment? NO SI _____
5. Es mareja o desmaia amb l'esforç físic? NO SI _____
6. Li acostuma a fer mal el pit quan fa un esforç físic? NO SI _____
7. Ha tingut cap problema produït per la calor? NO SI _____
8. Té mals de cap o convulsions normalment? NO SI _____
9. Fa servir ulleres o lents de contacte per fer esport? NO SI _____
10. Pren cap medicament? NO SI _____
11. Ha tingut cap lesió que hagi necessitat tractament quirúrgic? NO SI _____
12. És conscient de cap raó física que li pugui impedir l'activitat física sense supervisió mèdica? NO SI _____

Pare-Mare o representant legal

