

ESPORTAVENTUR

MINI ESPORTAVENTUR -COLÒNIES

FULL HÀBITS I SALUT

DADES PERSONALS DEL NEN/A

Nom i Cognoms: _____

Data de naixement: _____ Edat: _____ Curs: _____

TELEFONS DE CONTACTE

Nom: _____ Telèfon: _____

Nom: _____ Telèfon: _____

DADES DE SALUT

- Pateix alguna al·lèrgia? SI NO

En cas afirmatiu, indiqueu quina _____

- Pateix alguna malaltia crònica? (asma, epilèpsia,etc.) SI NO

Quina: _____

-Té dificultats motrius que puguin dificultar el normal desenvolupament de les activitats? SI NO

En cas afirmatiu, quines: _____

-Pot menjar de tot? SI NO

En cas negatiu, què no pot menjar _____

-Pren algun medicament? SI NO

En cas afirmatiu, quin i administració d'aquest

Signat:

Pare/mare/tutor _____

D.N.I. _____ Data , _____