



FITXA DE SALUT - CAMPUS DE BÀSQUET DE PRE-TEMPORADA BANYOLES'08

Nom:	Cognoms:	
DNI:	Telèfons:	
Adreça:	Població:	
Codi postal:	E-mail:	
Data de naixement:	Talla:	Pes:

Assegurança mèdica:

Seguretat social

Mútua

Altres

Cal adjuntar fotocòpia de la tarjeta del Servei Català de la Salut o similar.

HISTORIAL DE SALUT DEL JUGADOR O DE LA JUGADORA

Malalties o lesions (marqui totes les que s'apliquin)

Asma

Diabetis

Epilèpsia

Malaltia del ronyó

Convulsions

Infecció d'oïda

Malaltia cardíaca

Altres (especifiqueu)

Al·lèrgies (marqui totes les que s'apliquin)

Animals

Picades d'insectes

Pol·len

Aliments

Medicaments

Plantes

Febre d'heno

Altres (especifiqueu)

Especifiqueu en cada supòsit, en cas afirmatiu

Descrigui els símptomes en cas que ocorri l'al·lèrgia :

Altres condicions de salut (marqui totes les que s'apliquin)

Desmais

Marejos

Utilitza lents de contacte

Impediment auditiu

Restrenyiment

Sagnat pel nas

Règim dietètic especial

Altres (especifiqueu)

Si us plau, expliqui cada contestació marcada en les condicions anteriors. Expressi tota la informació útil en cas de ser necessari d'aplicar primers auxilis. Indiqueu qualsevol activitat que el nen tingui restringida per qüestions de salut i els motius.

Informació relacionada amb l'assegurança mutual de salut (si s'escau)

Nom de la companyia:	Número de pòlissa:
Adreça:	Telèfon mútua:
Nom de l'assegurat principal:	

Informació dels contactes d'emergència

Contacte d'emergència nº 1	Contacte d'emergència nº 2
Nom:	Nom:
Relació amb el/la jugador/a:	Relació amb el/la jugador/a:
Adreça:	Adreça:
Telèfon durant el dia:	Telèfon durant el dia:
Telèfon durant la nit:	Telèfon durant la nit:

D'acord a les condicions estipulades a continuació, dono la meua autorització perquè se li lliuri al/a la meu/va fill/a tot el tractament mèdic o quirúrgic necessari en cas d'una emergència i assumeixo la responsabilitat pels costos que d'ells es derivin. Aquesta autorització és vàlida durant la celebració de qualsevol activitat afavorida pel CB Calella. Si sorgeix una emergència mèdica durant la participació del/de la meu/va fill/a en una activitat afavorida pel CB Calella entenc que es realitzaran tots els esforços necessaris per a contactar-me a mi o a la persona contacte designada en la part inferior d'aquest formulari. En cas que la salut del/de la meu/va fill/a es trobi en perill i sigui impossible esperar que se'm localitzi, dono la meua autorització perquè: (1) li administrin al/a la meu/va fill/a el tractament mèdic o quirúrgic que el metge o l'hospital seleccionats pel CB Calella, estimin necessaris, i (2) li administrin immediatament els processos de supervivència que siguin necessaris.

Signatura del pare/mare/representant legal/tutor/a (indicar qui signa i adjuntar còpia del DNI)

Sr/a: _____

Data de la signatura: ____ / ____ / 2008

NOTA: En cas de que el/la nen/a segueixi un tractament mèdic, heu d'adjuntar un document signat i segellat pel seu metge en el qual s'indiqui clarament el tractament, les dosis i el mètode d'aplicació, així com la vostra autorització a que li sigui administrat.