



DADES PERSONALS		
NOM:..... (nom familiar):.....		
COGNOMS:.....		
TELÈFONS DE CONTACTE:1..... 2..... 3.....		

NETEJA I HIGIENE PERSONAL	No	De vegades	Sí
Sap tenir cura de les seves coses?			
És responsable amb els seus objectes personals?			
Sol preparar-se ell la motxilla/maleta...			

DESENVOLUPAMENT FÍSIC	No	De vegades	Sí
Es cansa fàcilment?			
Fa esport regularment?			
Quin?.....			
Sap nedar?			
Acostuma a sortir els caps de setmana?			
Té noció del perill?			

SALUT SEXUAL	No	De vegades	Sí																								
Té la menstruació?																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>No</th> <th>De vegades</th> <th>Sí</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>És dolorosa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Té hàbits de neteja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Utilitza tampó?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>La controla?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Altres</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					No	De vegades	Sí	És dolorosa				Té hàbits de neteja				Utilitza tampó?				La controla?				Altres			
	No	De vegades	Sí																								
És dolorosa																											
Té hàbits de neteja																											
Utilitza tampó?																											
La controla?																											
Altres																											

ALIMENTACIÓ, NUTRICIÓ I CONSUMS	No	De vegades	Sí
Ha de fer alguna dieta especial?			
Quina?.....			
A casa algú fuma?			
Fuma esporàdica o habitualment?			
Beu de manera habitual begudes gasoses (Fanta, Coca cola...)			
Beu alcohol, esporàdica o habitualment?			

PREVENCIÓ I CONTROL DE MALALTIES	No	De vegades	Sí
Pateix alguna malaltia crònica?			
Pateix alguna al·lèrgia? Quina?.....			
Pren algun medicament naturista, homeopàtic...			
Pateix algun tipus de discapacitat física o psíquica? (Cal adjuntar informe mèdic)			
Quina?.....			
Pren algun medicament de forma continuada?			
Quin?.....			
Indiqueu-ne la posologia.....			

Es propens a:

	No	De vegades	Sí
Vomitat			
Mal de cap			
Otitis			
Diarrees			
Restrenyiment			
Marejar-se			
Altres			

DESENVOLUPAMENT SOCIAL / CONSUMS

	No	De vegades	Sí
Acostuma a parlar en un to de veu alta?			
Li agrada escoltar la música o la TV forta?			
Acostuma a escoltar música amb MP3, mòbil...			
Quin és l'ús que en fa dels aparells electrònics? (TV, consoles, ordinadors, mòbil...)			
Té facilitat de relació amb els nois i noies de la seva edat?			
Té facilitat de relació amb els adults?			
És un noi/a:			
	No	De vegades	Sí
Extravertit			
Expressiu			
Tranquil			
Actiu			
Altres			

D'ALTRES CONCLUSIONS DESTACABLES

--

Jo pare/mare/tutor declaro que són certes les dades que consten en aquesta fitxa i faig extensiva aquesta autorització a l'Espai Pubilla Cases Can Vidalet:

- Per prendre totes les decisions medico-quirúrgiques que calguin en cas d'extrema urgència, sota la direcció facultativa mèdica pertinent.
- Per administrar al meu fill /a els medicaments prescrits pel seu metge i anotats en el full sanitari, durant les activitats de l'Entitat.

Hospitalet/Espugues de Llobregat de de 20.....

Signatura,

--