

**A DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT / DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI
DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	EDAT / EDAD	ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÀ INSCRITO		CODI / CÓDIGO
NOM DEL PARE/TUTOR / NOMBRE DEL PADRE/TUTOR		NOM DE LA MARE/TUTORA / NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA		TELÈFON / TELÉFONO

**B FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA**

GRUP SANGUINI GRUPO SANGUINEO	RH	ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY / SEGURO AL QUE PERTENECE		NUM. D'ASSEGURANÇA / NUM. DEL SEGURO
MALALTIES PASSADES / ENFERMEDADES PASADAS				
<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/> ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> RUBÈOLA RUBÉOLA	<input type="checkbox"/> DIFTÈRIA DIFTERIA	<input type="checkbox"/> TOS FERINA
<input type="checkbox"/> VARICEL-LA VARICELA	<input type="checkbox"/> GALTERES PAPERAS	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> HÈRNIES HERNIAS
<input type="checkbox"/> D'ALTRES: OTRAS:				
PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	QUINA? / ¿CUÁL?	
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	QUINA? / ¿CUÁL?	
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	QUIN-A? / ¿CUÁL?	
ÉS AL·LÈRGIC/A A CAP MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? ¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	QUIN? / ¿CUÁL?	
ALTRES AL·LÈRGIES / OTRAS ALERGIAS				
VACUNACIONS / VACUNACIONES				
<input type="checkbox"/> POLIOMIELITIS	<input type="checkbox"/> PIGOTA / VIRUELA	<input type="checkbox"/> TIFUS	<input type="checkbox"/> CÒLERA / CÓLERA	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSI TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/> TÈTANUS / TÉTANOS	<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ / SARAMPIÓN	<input type="checkbox"/> D'ALTRES: / OTRAS:		
SAP NADAR? / ¿SABE NADAR?		INSOMNI / INSOMNIO		VERTIGEN / VÉRTIGO
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UN POC UN POCO	<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ BIEN	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
D'ALTRES / OTROS				

**C DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**
**MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD**
**DECLARE: / DECLARO:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de l'activitat.

*Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.*

S'hi adjunta fotocòpia completa de la cartilla de la Seguretat Social, o la documentació necessària de l'assegurança a la qual es pertany.  
*Se adjunta fotocopia completa de la cartilla de la Seguridad Social, o la documentación necesaria del seguro al que se pertenezca.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS / MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS**

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

 com a pare/mare/tutor-a d  
 como padre/madre/tutor-a de \_\_\_\_\_

**DECLARE: / DECLARO:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de l'activitat.

*Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.*

S'hi adjunta fotocòpia completa de la cartilla de la Seguretat Social, o la documentació necessària de l'assegurança a què es pertany.  
*Se adjunta fotocopia completa de la cartilla de la Seguridad Social, o la documentación necesaria del seguro al que se pertenezca.*

**AUTORITZE: / AUTORIZO:**

Que, en cas de màxima urgència, la Direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització.

*Que, en caso de máxima urgencia, la Dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Es comunicarà, per escrit, qualsevol problema mèdic i/o medicació que es prenga i s'adjuntarà a aquesta fitxa mèdica.

*Se comunicará, por escrito, cualquier problema médico y/o medicación que se tome, adjuntándolo a esta ficha médica.*

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

*Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).*

**A DADES DE LA PERSONA PARTICIPANT / DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE**

COGNOMS / APELLIDOS			NOM / NOMBRE			DNI			
DATA NAIXEMENT / FECHA NACIMIENTO		EDAT / EDAD		ACTIVITAT EN QUÈ ESTÀ INSCRIT / ACTIVIDAD EN QUE ESTÀ INSCRITO				CODI / CÓDIGO	
NOM DEL PARE/TUTOR / NOMBRE DEL PADRE/TUTOR				NOM DE LA MARE/TUTORA / NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA				TELÈFON / TELÉFONO	

**B FITXA SANITÀRIA / FICHA SANITARIA**

GRUP SANGUINI / GRUPO SANGUINEO		RH		ASSEGURANÇA A LA QUAL PERTANY / SEGURO AL QUE PERTENECE				NUM. D'ASSEGURANÇA / NUM. DEL SEGURO							
MALALTIES PASSADES / ENFERMEDADES PASADAS															
<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ / SARAMPIÓN		<input type="checkbox"/> ESCARLATINA		<input type="checkbox"/> RUBÈOLA / RUBÉOLA		<input type="checkbox"/> DIFTÈRIA / DIFTERIA		<input type="checkbox"/> TOS FERINA		<input type="checkbox"/> CARDÍAQUES / CARDÍACAS					
<input type="checkbox"/> VARICEL·LA / VARICELA		<input type="checkbox"/> GALTERES / PAPERAS		<input type="checkbox"/> HEPATITIS		<input type="checkbox"/> ASMA		<input type="checkbox"/> HÈRNIES / HERNIAS		<input type="checkbox"/> FRACTURES ÒSSIES / FRACTURAS ÓSEAS					
<input type="checkbox"/> D'ALTRES: OTRAS: _____															
PATEIX ACTUALMENT ALGUNA MALALTIA? / ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		QUINA? / ¿CUÁL?									
TÉ ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? / ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		QUINA? / ¿CUÁL?									
SEGUEIX ALGUNA DIETA O RÈGIM ESPECIAL? / ¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		QUIN-A? / ¿CUÁL?									
ÉS AL·LÈRGIC/A A CAP MEDICAMENT O ANTIBIÒTIC? / ¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		QUIN? / ¿CUÁL?									
ALTRES AL·LÈRGIES / OTRAS ALERGIAS															
VACUNACIONS / VACUNACIONES															
<input type="checkbox"/> POLIOMIELITIS		<input type="checkbox"/> PIGOTA / VIRUELA		<input type="checkbox"/> TIFUS		<input type="checkbox"/> CÒLERA / CÓLERA		<input type="checkbox"/> TUBERCULOSI / TUBERCULOSIS		<input type="checkbox"/> DIFTÈRIA / DIFTERIA					
<input type="checkbox"/> TÈTANUS / TÉTANOS		<input type="checkbox"/> XARAMPIÓ / SARAMPIÓN		<input type="checkbox"/> D'ALTRES: / OTRAS: _____											
SAP NADAR? / ¿SABE NADAR?				INSOMNI / INSOMNIO				MALSONS / PESADILLAS				VERTIGEN / VÉRTIGO			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UN POC / UN POCO		<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> BÉ BIEN		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
D'ALTRES / OTROS															

**C DECLARACIÓ I AUTORITZACIÓ / DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**
**MAJORS D'EDAT / MAYORES DE EDAD**
**DECLARE: / DECLARO:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de l'activitat.

*Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.*

S'hi adjunta fotocòpia completa de la cartilla de la Seguretat Social, o la documentació necessària de l'assegurança a la qual es pertany.  
Se adjunta fotocopia completa de la cartilla de la Seguridad Social, o la documentación necesaria del seguro al que se pertenezca.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**MENORS D'EDAT NO EMANCIPATS / MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS**

Sr./Sra. \_\_\_\_\_,

 com a pare/mare/tutor-a d \_\_\_\_\_  
 como padre/madre/tutor-a de \_\_\_\_\_

**DECLARE: / DECLARO:**

Que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes, i que no hi ha cap incompatibilitat ni impediment per a la realització de les activitats proposades, ni per al desenvolupament normal de la vida quotidiana de l'activitat.

*Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad.*

S'hi adjunta fotocòpia completa de la cartilla de la Seguretat Social, o la documentació necessària de l'assegurança a què es pertany.  
Se adjunta fotocopia completa de la cartilla de la Seguridad Social, o la documentación necesaria del seguro al que se pertenezca.

**AUTORITZE: / AUTORIZO:**

Que, en cas de màxima urgència, la Direcció competent prenga les decisions oportunes, amb coneixement i prescripció mèdica, si ha estat impossible la meua localització.

Que, en caso de máxima urgencia, la Dirección competente tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Es comunicarà, per escrit, qualsevol problema mèdic i/o medicació que es prenga i s'adjuntarà a aquesta fitxa mèdica.

*Se comunicará, por escrito, cualquier problema médico y/o medicación que se tome, adjuntándolo a esta ficha médica.*

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

*Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).*