



Sant Pere Claver
FUNDACIÓ SANITÀRIA

C/ Vila Vilà 16 08004 BARCELONA
Tel. 934423902-03

Qüestionari d'inscripció a les colònies d'estiu

nom i cognoms nombre y apellidos
--

data de naixement

domicili: **carrer:** **nº** **pis:**

codi postal: **població:**
telèfon:

nom i telefon mòbil del pare
nom i telefon mòbil de la mare

Correu electrònic de contacte:

ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA TARJA SANITARIA

Autoritzo el meu fill/a a assistir a la Colònia de la Fundació Hospital de Sant Pere Claver i autoritzo els responsables de la mateixa, a prendre qualsevol determinació quant al tractament del nen/a. En cas d'emergència, de no poder localitzar-me, dono permís als metges de la colònia a prendre les decisions necessàries en bé de la salut del meu fill/a.

Així mateix i pel present, consenteixo expressament i autoritzo a la Fundació Hospital Sant Pere Claver per a què utilitzi les dades i imatges que siguin estrictament necessàries per a usos relacionats amb l'activitat de la institució.

Nom : **DNI**

Signatura:

El nen/a té :

- Asma**
- Rinitis o conjuntivitis**
- Al·lèrgia a aliments**

Anotar quin medicament pren cada dia?

Anotar quin medicament pren quan està malament

Nom del Metge o Servei hospitalari que controla habitualment el nen/a

Quants cops ha anat a urgències per asma o al·lèrgia el darrer any?

Indicar enfermetats que actualment necessitin control o tractament

VACUNA ANTITETANICA adjuntar fotocòpia carnet de vacunes

Indicar els aliments que li fan al·lèrgia

Quins símptomes li provoca l'al·lèrgia?

Quins medicaments pren en cas de reacció?

Utilitza un autoinjector d'adrenalina

- SI**
- NO**
- NO HO CONEC**

Pateix enuresi nocturna? (es fa pipí al llit?)

Indicar si cal despertar-lo a la nit per anar al W.C.

OBSERVACIONS: