



# Fitxa mèdica

(Per favor, per la seguretat del seu fill/a, la seua tranquil·litat i la nostra, emplene les dades sol·licitades amb la major exactitud. Si té més d'un fill en el grup, sol·licite còpies en la Secretaria)

COGNOMS: \_\_\_\_\_ NOM: \_\_\_\_\_ EDAT: \_\_\_\_\_

Especificar si pateix o ha patit alguna malaltia crònica (al·lèrgies, asma, epilèpsia, etc.) \_\_\_\_\_

Especificar si té alguna dificultat visual: \_\_\_\_\_

Especificar si té alguna dificultat auditiva: \_\_\_\_\_

Especificar si pateix alguna dificultat motriu: \_\_\_\_\_

Es mou amb facilitat?: \_\_\_\_ Possibles causes: \_\_\_\_\_

Es posa malalt amb freqüència?: \_\_\_\_ De què?: \_\_\_\_\_

Dorm bé?: \_\_\_\_

En cas negatiu especificar si pateix insomni o alguna altra alteració del somni: \_\_\_\_\_

Sap nadar? : \_\_\_\_\_

Menja de tot \_\_\_\_; poques coses: \_\_\_\_; molt \_\_\_\_; poc \_\_\_\_ (posar una X on corresponga)

Es fatiga amb facilitat? : \_\_\_\_ Possible causes: \_\_\_\_\_

---

Estat físic actual del \*scout: \_\_\_\_\_

Especificar medicació actual que se li estiga administrant, dosi, temporalització i malaltia que tracta: \_\_\_\_\_

Especificar si presenta alguna al·lèrgia a algun medicament i les seues causes: \_\_\_\_\_

Indicar si segueix l'acampat algun règim alimentós especial: \_\_\_\_\_

Vacunes:

Antitetànica (obligatòria). Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Telèfon de contacte per a urgències en acampades i campaments : \_\_\_\_\_

---

Data d'emplenament d'aquesta fitxa: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Nom i signatura de qui la realitza:

\_\_\_\_\_