



FITXA DE SALUT

DADES PERSONALS

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
Data de naixement	Sexe	Núm. Catsalut (TSI) / Mútua
_____	<input type="checkbox"/> DONA <input type="checkbox"/> HOME	_____

DADES DE LA PERSONA DE CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
DNI/NIE/Passaport	Relació parental amb el/la participant	
_____	<input type="checkbox"/> PARE <input type="checkbox"/> MARE <input type="checkbox"/> TUTOR/A LEGAL	
Telèfon de contacte (1)	Telèfon de contacte (2)	Adreça electrònica
_____	_____	_____

QÜESTIONARI MÈDIC

Pateix freqüentment alguna malaltia? Diarrea, febre, mal de cap, angines, etc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En cas afirmatiu, indiqueu quina: _____
Té alguna malaltia crònica? Al·lèrgia asma, epilèpsia, problemes cardíacs, diabetis, etc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En cas afirmatiu, ompliu el formulari corresponent.
Segueix alguna dieta especial? Al·lèrgia, intolerància o qualsevol alteració relacionada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En cas afirmatiu, ompliu el formulari corresponent.
Observacions: Tot allò que considereu important i necessari	_____ _____	

TRACTAMENT DE DADES

Responsable	Nou Patufet, SCCL.	
Finalitat	Formalització de les inscripcions al Casal d'Estiu, seguiment del casal i participació en les activitats que s'hi organitzin, promoció d'activitats del campus relacionades amb el lleure i l'estiu i enviament d'informació relacionada.	
Legitimació	Consentiment de l'interessat	
Destinataris	No es cediran dades a tercers, excepte obligació legal.	
Termini	Mentre es mantingui la participació en l'activitat i mentre subsisteixin les obligacions legals i fiscals.	
Drets	Accedir, rectificar cancel·lar i suprimir les dades enviant un correu a secretaria@noupatufet.coop	
Nom i cognoms _____	Data _____	
DNI/NIE/Passaport _____	Signatura _____	