

**DADES MÈDIQUES***(no cal signatura del metge)***CLUB D'ESPLAI L'ESTEL**  
**PARRÒQUIA DEL COR DE MARIA I SANT TOMÀS****Grup:** \_\_\_\_\_

--	--	--

1r Cognom

2n Cognom

Nom

1. Es mareja fàcilment:


2. Té vertigen:

3. Pateix asma:

4. Té hemorràgies freqüentment:

5. A les excursions es cansa aviat:

6. Pateix algun d'aquests trastorns:

 Angines

 Refredat

 Insomni

 Reumatisme infantil

 Empatx

 Restrenyiment

 Enuresi nocturna

 \_\_\_\_\_

7. Té alguna dificultat: \_\_\_\_\_

Psicomotriu: \_\_\_\_\_

Cardiorespiratòria: \_\_\_\_\_

Digestiva: \_\_\_\_\_

De visió: \_\_\_\_\_

D'oïda: \_\_\_\_\_

8. És al·lèrgic?  A què?

Observacions:

9. Porta pròtesi?  Quina?

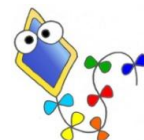
10. Operacions quirúrgiques que ha tingut:

11. Pren algun medicament especial?  Quina és la seva administració:

12. Observacions durant els curss d'esplai / Colònies-Campaments:

Barcelona, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Signatura del pare/mare/tutor



Secretaria Esplai l'Estel Curs 2010/2011