




**Esplai l'Olivera Rodona**

C/ Joan Gamper 48, Les Corts, Barcelona

www.oliverarodona.org /oliverarodona@gmail.com

## FITXA PERSONAL D'INSCRIPCIÓ COLÒNIES

### Dades generals:

Nom i Cognoms: _____	
Escola on estudia: _____ Curs: _____	
Data de naixement: ____/____/____	
Nº de germans/es: _____ Edat/s: _____ Van a l'esplai?: _____	
Llengua que el/la nen/a fa servir habitualment: _____	
Nom i cognoms de pare/mare/tutor/a: _____	
Professió: _____	
Nom i cognoms de mare/pare/tutor/a: _____	
Professió: _____	

### Adreça:

Carrer: _____ nº: _____ Escala: _____ Pis: _____ Porta: _____	
Codi postal: _____ Població: _____ Barri: _____	
Telèfon fix: _____ Mòbil (Família): _____ En cas d'urgència: _____	
Mòbil Infant: _____ E-mail Família: _____	
E-mail Infant: _____	
Com prefereix rebre la correspondència:	E-mail <input type="checkbox"/>
	Correu <input type="checkbox"/>

### Trets característics de l'infant (marcar amb una creu):

Emotiu/va	<input type="checkbox"/>	Poc emotiu/va	<input type="checkbox"/>	Segur/a	<input type="checkbox"/>	Insegur/a	<input type="checkbox"/>
Confiat/da	<input type="checkbox"/>	Desconfiat/da	<input type="checkbox"/>	Alegre	<input type="checkbox"/>	Seriós/a	<input type="checkbox"/>
Passiu/va	<input type="checkbox"/>	Actiu/va	<input type="checkbox"/>	Inconstant	<input type="checkbox"/>	Constant	<input type="checkbox"/>
Previsor/a	<input type="checkbox"/>	Espontani/a	<input type="checkbox"/>	Responsable	<input type="checkbox"/>	Irresponsable	<input type="checkbox"/>
Reservat/da	<input type="checkbox"/>	Comunicatiu/va	<input type="checkbox"/>	Expressiu/va	<input type="checkbox"/>	Poc expressiu/va	<input type="checkbox"/>
Participatiu/va	<input type="checkbox"/>	No participatiu/va	<input type="checkbox"/>				
Té cura del cos?: _____							
Altres: (si creu que hi ha alguna cosa interessant i no queda clara en les característiques anteriors, ho pot escriure aquí): _____							

**Dades sanitàries:**

Incidències habituals:

Mal de panxa	<input type="checkbox"/>	Angoixa	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
Mal de cap	<input type="checkbox"/>	Restrenyiment	<input type="checkbox"/>	Mal d'oïda	<input type="checkbox"/>
Pipí al llit	<input type="checkbox"/>	Hemorràgies	<input type="checkbox"/>	→ on?	

Altres: \_\_\_\_\_

Es mareja sovint? \_\_\_\_\_ Cal medicació davant d'un viatge? \_\_\_\_\_

Es al·lèrgic? \_\_\_\_\_ A què? \_\_\_\_\_

Tractament en cas d'al·lèrgia: \_\_\_\_\_

Tractament en cas de febre: \_\_\_\_\_

Porta totes les vacunes que li pertoquen? \_\_\_\_\_

Té la vacuna antitetànica? \_\_\_\_\_ Any d'aplicació? \_\_\_\_\_

Grup sanguini: \_\_\_\_\_ Sap nedar? \_\_\_\_\_ **Observacions** (medicacions, règims, antecedents quirúrgics, discapacitats, trastorns de conducta, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I perquè així consti, jo, \_\_\_\_\_, amb DNI

a Barcelona, el de de 20

Firmo,