

Partehartzailearen datuak

Izena: _____ Abizenak: _____

Jaiotze data: _____ NAN: _____

Helbide osoa: (kale, zenbaki, pisua...)

P.K.: _____ Herrialdea: _____

Ama, Aita edo Tutorearen datuak

Izena: _____ Abizenak: _____

NAN: _____ izenean (aita, ama, tutore)

Helbide osoa: (kale, zenbaki, pisu,...)

P.K.: _____ Herrialdea: _____

Kontakturako 1º Tlf.: _____ Kontakturako 2º Tlf.: _____

Osasun fitxa

Gizarte Segurantzaren txartelaren Zenbakia: _____ -

1. Sustantzi, elikagai,.. zerbaiti alegia al dio?: _____

Zein?: _____

2. Atake konbultsiboak al ditu edo izan al ditu? _____

3. Diagnostikatu al diote kardiopatia edo bihotzeko putzik? _____

4. Txiza ezin eusterik al du? Ohea bustitzen al du? _____

5. Txerto guztiak al ditu? _____

6. Haur/gazteak ongi entzuten al du? _____

7. Haur/gazteak ondo ikusten al du? Bi begietatik? Zuzenketarik eramaten al du? _____

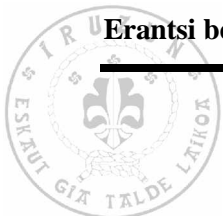
8. Botikarik hartzen al du? Zer eta noiz hartzen du? _____

9. Iradokizunak :beste datu interesgarriak: _____

Erantsi beharrekoa: Haur/gaztearen Gizarte Segurantzaren txartela eta NAN copia eta argazki bat.

Bertan sinatzen duenak idatzitako baieztatzen du eta Iruzun taldeak antolatutako ekintza eta irteeratan partehartzeko baimena ematen du.

Firma:



Datos del Participante

Nombre: _____ Apellidos: _____

Nacido el: _____ DNI: _____

Dirección completa: (calle, número, escalera, piso...)

C.P.: _____ Municipio: _____

Datos del a la Madre, Padre o Tutor/a

Nombre: _____ Apellidos: _____

DNI.: _____ En calidad de: _____ (padre, madre, tutor/a)

Dirección completa: (calle, número, escalera, piso,...)

C.P.: _____ Municipio: _____

1º Tel. de contacto: _____ 2º Tel. de contacto: _____

Ficha médica

Número de la Cartilla de la Seguridad Social: _____

8. ¿Padece alguna forma de alergia o intolerancia a algún alimento, medicamento o sustancia?: _____

¿Cuál?: _____

9. ¿Padece o ha padecido ataques convulsivos? _____

10. ¿Le han diagnosticado algún tipo de cardiopatía o soplos cardíacos? _____

11. ¿Padece en la actualidad incontinencia de esfínteres? ¿Moja la cama? _____

12. ¿Esta vacunada/o? _____

13. ¿Oye la/el niña/o correctamente? _____

14. ¿Ve la/el niña/o correctamente? ¿Por ambos ojos? ¿Lleva algún tipo de corrección? _____

8. ¿Toma medicación? ¿Qué toma y cuándo debe tomar? _____

9. Sugerencias : otros datos de interés: _____

Es necesario adjuntar original de la "Cartilla de la Seguridad Social" de la /del niña/o

El abajo firmante se responsabiliza de lo manifestado y consiento la asistencia del participante todas las actividades y salidas organizadas por el grupo Iruzun:

Firma:

