



May Luengo
Esquí Club
Alp - La Molina
www.mlec.cat
93 825 70 16 - 606 009 947



Dades del nen/nena

Nom i Cognoms : _____ DNI : _____
Edat:..... Grup sanguini (si es coneix):.....
Es mareja amb facilitat? **SI NO** Sap nedar? **SI NO**
Dorm bé? **SI NO** És somnàmbul/a? **SI NO**
Té problemes d'enuresi? **SI NO** Usa aparell dental? **SI NO**
Número de Targeta Sanitària Mútua (si s'escau)

Alimentació

És intolerant o al·lèrgic a cap ingredient? **SI NO**
Quins?
Segueix alguna dieta especial? **SI NO**
Quina?

Malalties

Pateix alguna malaltia crònica?: **SI NO** Quina
Pateix alguna malaltia amb freqüència? **SI NO** Quina
Pren cap medicament? **SI NO** Quin

Especificar dosis i administració:

· **Nota:** serà imprescindible adjuntar certificat mèdic i haver signat l'autorització referent al subministrament de medicaments.

Té totes les vacunes obligatòries? **SI NO**

Al·lèrgies

Pateix alguna al·lèrgia? **SI NO** Quina:
Reacció ?.....
Protocol d'actuació en cas d'al·lèrgia?.....

Altres observacions:

Manifesto que el meu fill/filla no té cap incapacitat, ni física ni psíquica, per a la pràctica esportiva.

Nom i DNI

Signatura pare, mare o tutor/a

A La Molina, de del 20

· **Nota:** si es donés algun canvi posterior a l'entrega d'aquesta autorització serà RESPONSABILITAT del pare /mare o tutor/a informar-ne.