

DADES DEL NEN/A	
Nom i Cognoms	
Adreça	
Data de naixement	

INFORMACIÓ MÈDICA	
Antecedents de malalties	
Malaltia/deficiència destacable	
Al·lèrgies o intoleràncies	
Vacunes	

DADES FAMILIARS			
MARE		PARE	
Nom i Cognoms		Nom i Cognoms	
Mòbil		Mòbil	
Tlf. Feina		Tlf. Feina	
e-mail		e-mail	

Viu amb la mare i el pare <input type="checkbox"/>	Viu amb el pare <input type="checkbox"/>	Viu amb la mare <input type="checkbox"/>
Altres situacions familiars:		

Telèfon d'urgències n°1	
Telèfon d'urgències n°2	

PERSONES AUTORITZADES PER A RECOLLIR AL NEN/A			
Nom i Cognoms		DNI	
Nom i Cognoms		DNI	
Nom i Cognoms		DNI	

AUTORITZACIONS: (marca amb una creu que autoritzes)

Com a representant legal del nen/a _____, autoritzo que:

- En cas d'accident o malaltia, que requereixi una intervenció quirúrgica URGENT, el metge que l'atengui la pugui efectuar.
- En cas de necessitar l'atenció mèdica no urgent, el nen/a pugui ser desplaçat en vehicle privat/taxi fins a un centre sanitari.
- El responsable del centre pugui efectuar petites cures i subministrar medicaments que no precisen recepta mèdica.
- El meu fill/a pugui fer petites sortides/visites per Mataró, per exemple al Parc Central.

En efectuar aquesta alta, accepto les condicions d'aquest centre, acceptant les normes de règim intern establertes per la Direcció, dirigides al desenvolupament del nen/a.

FIRMA (pare/mare o tutor legal):

A _____, el ____ de _____ de 20__