

FITXA DE SALUT

DADES PERSONALS

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
Data de naixement	Sexe	Núm. Catsalut (TSI) / Mútua
_____	<input type="checkbox"/> DONA <input type="checkbox"/> HOME	_____

DADES DE LA PERSONA DE CONTACTE EN CAS D'EMERGÈNCIA

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
DNI/NIE/Passaport	Relació parental amb el/la participant	
_____	<input type="checkbox"/> PARE <input type="checkbox"/> MARE <input type="checkbox"/> TUTOR/A LEGAL	
Telèfon de contacte (1)	Telèfon de contacte (2)	Adreça electrònica
_____	_____	_____

QÜESTIONARI MÈDIC

Pateix freqüentment alguna malaltia? Diarrea, febre, mal de cap, angines, etc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En cas afirmatiu, indiqueu quina: _____
Té alguna malaltia crònica? Al·lèrgia asma, epilèpsia, problemes cardíacs, diabetis, etc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En cas afirmatiu, ompliu el formulari corresponent.
Segueix alguna dieta especial? Al·lèrgia, intolerància o qualsevol alteració relacionada	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En cas afirmatiu, ompliu el formulari corresponent.

Observacions: _____
Tot allò que considereu important i necessari _____

TRACTAMENT DE DADES

Responsable	Fundació del Bàsquet Català (FBC)
Finalitat	Formalització de les inscripcions als campus organitzats per l'FBC, seguiment del campus i participació en les activitats que s'hi organitzin, promoció d'activitats de l'FBC relacionades amb el bàsquetbol i enviament d'informació relacionada amb els diferents esdeveniments i actes promocionats per l'FBC.
Legitimació	Consentiment de l'interessat
Destinataris	No es cediran dades a tercers, excepte obligació legal.
Termini	Mentre es mantingui la participació en l'activitat i mentre subsisteixin les obligacions legals i fiscals.
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, com s'explica en la informació addicional
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web: https://fundacio.basquetcatala.cat/

Nom i cognoms _____
DNI/NIE/Passaport _____

Data _____
Signatura _____

FORMULARI D'AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES ALIMENTÀRIES

DADES PERSONALS

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
Data de naixement	Sexe	Núm. Catsalut (TSI) / Mútua
_____	<input type="checkbox"/> DONA <input type="checkbox"/> HOME	_____

Tota al·lèrgia o intolerància alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic

Al·lèrgia Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia o intolerància es tracta?

Per inhalació Per contacte Per ingesta

TIPIFICADES

- Gluten
- Fruits secs
- Lactosa
- Llegums
- Marisc
- Ou
- Peix
- Proteïna de la llet de vaca

ALTRES (Si us plau, especifiqueu)

INFORMACIÓ ADDICIONAL

Indiqueu quins aliments i/o derivats NO pot menjar:

Quina reacció provoca l'al·lèrgia (urticària, granets, picor, asfíxia...) i quines actuacions cal seguir en cas d'ingesta accidental?

TRACTAMENT DE DADES

Responsable	Fundació del Bàsquet Català (FBC)
Finalitat	Formalització de les inscripcions als campus organitzats per l'FBC, seguiment del campus i participació en les activitats que s'hi organitzin, promoció d'activitats de l'FBC relacionades amb el bàsquetbol i enviament d'informació relacionada amb els diferents esdeveniments i actes promociats per l'FBC.
Legitimació	Consentiment de l'interessat
Destinataris	No es cediran dades a tercers, excepte obligació legal.
Termini	Mentre es mantingui la participació en l'activitat i mentre subsisteixin les obligacions legals i fiscals.
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, com s'explica en la informació addicional
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web: https://fundacio.basquetcatala.cat/

Nom i cognoms _____
DNI/NIE/Passaport _____

Data _____
Signatura _____

FORMULARI D'AL·LÈRGIES I INTOLERÀNCIES NO ALIMENTÀRIES

DADES PERSONALS

Nom	Primer cognom	Segon cognom
_____	_____	_____
Data de naixement	Sexe	Núm. Catsalut (TSI) / Mútua
_____	<input type="checkbox"/> DONA <input type="checkbox"/> HOME	_____

Tota al·lèrgia o intolerància no alimentària haurà d'estar documentada amb un certificat mèdic

Al·lèrgia Intolerància

De quin tipus d'al·lèrgia o intolerància es tracta?

Per inhalació Per contacte Per ingesta

TIPIFICADES

<input type="checkbox"/> Pol·len	De quines plantes?	_____
<input type="checkbox"/> Àcars de la pols		
<input type="checkbox"/> Picadures d'insectes	Quins?	_____
<input type="checkbox"/> Animals	Quins?	_____
<input type="checkbox"/> Metall	Quins?	_____
<input type="checkbox"/> Altres	Quins?	_____

INFORMACIÓ ADDICIONAL

Medicament a administrar en cas de reacció al·lèrgica

Medicament: _____

Dosi: _____

Freqüència: _____

Conservar en fred? _____

Observacions: _____

Quina reacció provoca l'al·lèrgia (urticària, granets, picor, asfíxia...) i quines actuacions cal seguir en cas de contacte accidental?

TRACTAMENT DE DADES

Responsable	Fundació del Bàsquet Català (FBC)
Finalitat	Formalització de les inscripcions als campus organitzats per l'FBC, seguiment del campus i participació en les activitats que s'hi organitzin, promoció d'activitats de l'FBC relacionades amb el bàsquetbol i enviament d'informació relacionada amb els diferents esdeveniments i actes promociionats per l'FBC.
Legitimació	Consentiment de l'interessat
Destinatari	No es cediran dades a tercers, excepte obligació legal.
Termini	Mentre es mantingui la participació en l'activitat i mentre subsisteixin les obligacions legals i fiscals.
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, com s'explica en la informació addicional
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades a la nostra pàgina web: https://fundacio.basquetcatala.cat/

Nom i cognoms _____
DNI/NIE/Passaport _____

Data _____
Signatura _____