



**CLUB DE RUGBY  
CARBONERS  
DE TERRASSA**

## FITXA MÈDICA

FOTO  
ACTUAL

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_\_\_ Edat: \_\_\_\_\_ Direcció: \_\_\_\_\_

Població: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

### DADES MÈDIQUES:

Pes: \_\_\_\_\_ Alçada: \_\_\_\_\_ Grup sanguini: \_\_\_\_\_

Al·lèrgies alimentàries: \_\_\_\_\_

Al·lèrgies a medicaments, animals o altres: \_\_\_\_\_

Pateix el seu fill/a alguna malaltia? Quina? \_\_\_\_\_

Ha patit malalties importants? Quines? \_\_\_\_\_

Problemes respiratoris? \_\_\_\_\_

Problemes intestinals? \_\_\_\_\_

Es autònom al medi aquàtic? *(encerclau una opció)* **Si No Es defensa, pero no autònomament**

Pren algun medicament dins de l'horari d'entrenament? Dosi: \_\_\_\_\_

### CONTACTES EN CAS D'EMERGÈNCIA:

Nom, cognom i parentiu	Número de telèfon

### AUTORITZACIÓ:

Jo (mare/pare/tutor) \_\_\_\_\_  
amb D.N.I. \_\_\_\_\_ declaro que totes les dades expressades en aquesta fitxa són certes i AUTORITZO que en cas de màxima urgència, la coordinació de l'escola del club prengui les decisions oportunes amb coneixement i prescripció mèdica i, tantmateix, AUTORITZO a una intervenció quirúrgica d'urgència si ha estat impossible la meua localització.

SIGNATURA:

Terrassa \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_