

**AMUNT 2017 CAMP DE TREBALL LA MATA
FITXA D'INSCRIPCIÓ**

Dades del participant

Nom i cognoms _____
Domicili _____
Codi postal i població _____
Telèfon () _____ Telèfon () _____
Telèfon () _____ (indiqueu de qui és el telèfon)
Correu electrònic _____
Data de naixement _____

Dades sanitàries

Pateix ara alguna malaltia? _____

Li cal algun tractament? _____

Pateix alguna molèstia? _____

Està subjecte a algun règim de menjar especial? _____

És al·lèrgic a alguna classe de medicament o menjar? _____

Quin?

Pendrà alguna medecina durant la convivència?

Quina? _____

Amb quina forma i freqüència l'ha de pendre? _____

Observacions

