FITXA MÈDICA

CATALUNYA SUMMER BASEBALL CAMP 2018

Nom esportista: _____

Número de Cat Salut:_____

Malalties a tenir en compte: _____

Pren cap tipus de medicació? NO □ SI □

Indiqueu el tipus de medicació:_____

Pautes per a la medicació: _____

_____

Al·lèrgia a algun tipus de medicamanet? NO □ SI □

Indiqueu el nom del medicament?:_____

Al·lèrgia a algun tipus d'aliment? NO □ SI □

Indiqueu el nom de l'aliment:_____

OBSERVACIONS:

Signat Pare / Mare / Tutor

A la ciutat de _____, el dia _____ del mes de _____ de 201__

Nom:

DNI/NIE/Passaport:

C/Vilamarí, 28 – Baixos 1ª – 08015 Barcelona
E-mails: fcbs@fcbs.cat
Web: www.fcbs.cat NIF: G 08908824