

FITXA MÈDICA

Aquesta fitxa mèdica haurà de ser valorada i justificada per un metge col·legiat. En cas contrari, el tutor legal es responsabilitzarà d'allò que s'hi hagi fet constar, com també de les dades mèdiques rellevants no incloses. A tal efecte, i per corroborar les dades aportades, caldrà que signi a la part final del full.

Nom: _____ **Cognoms:** _____

Data de naixement: _____ / _____ / _____

• **MALALTIES I MEDICAMENTS**

- Ha patit o pateix d'alguna malaltia o d'alguna afecció, encara que hagi estat lleu (per exemple, freqüents hemorràgies nasals o al·lèrgies lleus)? En cas afirmatiu, especifiqueu quina o quines. _____

- Hi ha algun medicament que **NO PUGUI PRENDRE**? Indiqueu quin o de quin tipus i per què. _____

• **VACUNES**

- Està al dia del calendari de vacunacions: _____
- Data de la darrera vacuna antitetànica: _____ / _____ / _____

• **CERTIFICACIÓ D'APTITUD FINAL**

En/na _____, llicenciat/ada en medicina, número de col·legiat/ada _____, de la localitat de _____, ha reconegut al pacient _____, amb el següent resultat:

- El/la pacient és **APTE/A** per desenvolupar activitats esportives a la muntanya.
- El/la pacient **NO ÉS APTE/A** en el següent o els següents casos: _____

_____, a _____ de _____ de _____

Signatura segell del **metge**

Signatura del responsable **legal**