PARTE-HARTZAILEEN INFORMAZIO MEDIKOA

ISILPEKO INFORMAZIOA

Informazio hau Datu-Babes-Legearen arabera tratatuko da. Bete itzazu doitasunaz atal guztiak

Jarduera: Data(k):

Parte-hartzailearen Izena:

Helbidea:

Jaiotze data:

Larrialdi kasuan kontaktuan jartzeko pertsona: Kontaktu-zenbakiak:

Gizarte-segurantza:	Afiliatu zenbakia:

Mutua:	Afiliatu zenbakia:

Arazorik bistarekin edo entzumenarekin?☐ Bai☐ Ez
Murrizte psikikoa, fisikoa edo zentzumenekin erlazionatua? ☐ Bai☐ Ez
Zailtasun motorren bat? ☐ Bai☐ Ez

Mesedez seinala ezazu hurrengoak pairatzen badituzu:

☐ Asma
☐ Epilepsia
☐ Diabetesa
☐ Beste batzuk:

Alergiak
Mesedez seinalatu zerbaiteri alergikoabazara:

☐ Penizilina ☐ Janariak: ☐ Bestelakoak:_____

Alergia hauek tratatzeko zainketa berezirik gomendatzen da?_____

Azken tetanos-inmunizazio urtea:

Medikamentuak
Medikamenturik hartu behar al duzu? ☐ Bai☐ Ez
Baiezkotan, medikamentuaren izena aipatu, dosia eta noiz eta nola hartu behar duzun aipatu.
_____

Arreta jarri beharreko besterik aipatu nahi baduzu _____ Sinadura: _____ Data:

Oharra: TXERTAKETAKO LIBRETA ETA GIZARTE-SEGURANTZAKO ETA MUTUAKO TXARTELEKO FOTOKOPIA ERANTSI

Klubak jardueraren gaineko informazio zehatza emango dizu hau hasi baino lehen. Jardueraren hasiera baino lehen gurekin harremanetan jar bedi edozein zalantza posible konpontzeko.

KLUB-ak BETETZEKO		GAIXOTASUNA	LARRIALDI KASUAN BEHARREZKO LAGUNTZA	ARDURADUNA
IZENA	ABIZENAK			