



# CONCELLO DE NARÓN

SOLICITUDE DE ACTIVIDADE

**ANEXO I** (S-SOC-39)  
**CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL**

## DATOS DO/A NENO/A SOLICITANTE

Nome  Primeiro Apelido  Segundo Apelido  CIF

## E, NA SÚA REPRESENTACIÓN

Nome  Primeiro Apelido  Segundo Apelido  CIF

En calidade de

## DATOS DE SAÚDE

Sufre algún proceso alérxico? (en caso afirmativo indicar cales, e deberá achegarse certificado médico xustificativo):

Sí  Non Cales:

Precisa algunha dieta alimenticia? (intolerancia alimentaria):

Sí  Non Cal/Cales:

Diagnóstico da enfermidade, trastorno, alteración, síndrome ou discapacidade que padece (se é o caso):

No caso de tratamento farmacolóxico, ¿é autónomo/a na súa administración? (\*)

Sí  Non

¿É autónomo para a realización das actividades convocadas?

Sí  Non

Para a realización de actividade alternativa acuática, se é o caso, indique si o/a participante sabe nadar

Sí  Non

Outras observacións que considere oportuno resaltar

## NO CASO DE URXENCIA AVISAR A

Nome  Primeiro Apelido  Segundo Apelido  CIF

### Enderezo

Tipo de vía  Nome da vía

Número  Quilómetro  Letra  Bloque  Portal  Escaleira  Piso  Porta  Código postal

Poboación  Distrito / Sección  Municipio  Provincia ou país

### Teléfonos de contacto

Teléfono fixo  Teléfono mobil  Enderezo de correo electrónico

## DATA E SINATURA

A persoa representante **DECLARA** que tódolos datos contidos nesta solicitude son certos.

Narón, a  de  de   
O/A persoa representante

Asdo.

(\*) O tratamento farmacolóxico non será suministrado pola monitoraxe durante as actividades