



NOM: \_\_\_\_\_ COGNOMS: \_\_\_\_\_

DATA de NAIXEMENT: \_\_\_\_\_ DNI./NIE : \_\_\_\_\_

ADREÇA: \_\_\_\_\_

CP i POBLACIÓ: \_\_\_\_\_

TELÈFONS: Fix: \_\_\_\_\_ Mòbil: \_\_\_\_\_  
e-Mail: \_\_\_\_\_

EQUIP AL QUE PERTANY (TEMP. 2014-2015): \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_ Lletra: \_\_\_\_\_

**(Només per els menors d'edat)**

**PERSONA de CONTACTE**

PARENTIU: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ COGNOMS: \_\_\_\_\_

TELEFONS de CONTACTE: Fix: \_\_\_\_\_ Mòbil: \_\_\_\_\_

**A N T E C E D E N T S**

ANTECEDENTS PATOLÒGICS: (Enfermetats importants, Lesions esportives, etc.)  
(indicar l'any aproximat)

ANTECEDENTS QUIRURGICS: (Intervencions quirúrgiques, accidents traumàtics, etc.)  
(Indicar any aproximat )

AL·LERGIES i INTOLERÀNCIES:

FÀRMACS: (medicació que està prenent, indicant si es crònic o puntual)

ULLERES o LENTS de CONTACTE	SI/NO	Motiu:
FÈRULES DENTALS	SI/NO	Motiu:
PLANTILLES als PEUS	SI/NO	Motiu:

ALTRES: (qualsevol dada que creieu rellevant o d'interès, no recollida en els apartats anteriors)

