



Fundació Joan Miró

Fitxa de salut

Nom i cognoms* _____

Adreça* _____

Codi postal* _____ Població* _____ DNI _____

Data de naixement* __/__/__ Telf 1* _____ Telf 2 _____

Núm. targeta CatSalut* _____ [adjuntar fotocòpia]

Malalties que pateix _____

Al·lèrgies, intoleràncies: Sí ☐ No ☐

Quines? _____

Menor d'edat ☐

Jo, _____ amb DNI _____:

AUTORITZO als responsables de Participa a construir mons molts semblants al nostre el dissabte 25 i el diumenge 26 d'octubre de 2025 per a proporcionar al meu fill/a, tutelat/ada l'assistència sanitària oportuna en cas de necessitat. Així mateix, autoritzo l'hospital i el personal mèdic a administrar el tractament necessari per al seu benestar, inclosa qualsevol intervenció quirúrgica, si fos necessària, a condició que contactin amb nosaltres tan aviat com sigui possible.

Sí ☐ No ☐

Tanmateix, **AUTORITZO** a poder fer desplaçaments per motius sanitaris no especialitzats.

Sí ☐ No ☐

Signatura:

Barcelona,

d'octubre de 2025