



QÜESTIONARI DE CAMPAMENTS

Nom i cognoms de l'infant	
Subgrup	

				Observacions
COSTUMS	Pren algun medicament? Quin?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Practica alguna medicina alternativa? Quina?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té propensió a:			
	Vomitar o marejar-se? Per què?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Sagnar pel nas?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Mal de cap?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Altres? Quins?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té al·lèrgia o intolerància a alguna cosa? Quina reacció li fa?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Hi ha algun aliment que no mengi? Quin? Per què?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Fa alguna dieta especial?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té tendència a anar restret?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té tendència a anar lleuger?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Fa esport regularment? Quin?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
PERSONALITAT	Alguna cosa li causa por o malestar? Quina/es?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té vertigen?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té dificultat per a nedar?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	És molt mogut?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té noció del perill/risc?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	S'enfada de seguida?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	És reaci a treballar en equip?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Li és difícil seguir les normes?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	S'enyora si és fora de casa?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Plora fàcilment?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té problemes per relacionar-se amb altres persones?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	

UEC de Barcelona
c. Rocafort, 7
08015, Barcelona
www.uecbarcelona.org



HÀBITS	Porta plantilles, ulleres, aparells... Què?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Reconeix la seva roba?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Es fa sol la motxilla?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té els hàbits de neteja assumits?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Té problemes per dormir?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	S'aixeca a fer pipi a la nit?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Es fa pipi al llit?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Dorm amb algun llum encès?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
REGLA	Té la regla?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	És dolorosa?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Es medica quan la té? Quin medicament?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
SEXE	Ha mantingut relacions sexuals?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
DROGUES	Surt de festa?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Fuma habitualment?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Beu habitualment?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
	Consumeix alguna altra droga? Quina?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	

*Us recomanem que els tres últims apartats els responguin els vostres fills/es de subgrups grans.

Tenint en compte que estarem 15 dies de campaments amb els vostres fills/es, hi ha alguna altra informació rellevant que hàgim de saber?

.....

.....

.....

Barcelona (dia) (mes) d'..... (any) de

Signatura del responsable legal