

FITXA MÈDICA:

NOM COGNOMS

Pertany a algun assegurança mèdica?.....

A qual?

Nº l'assegurança

Actualment pateix alguna malaltia?

Medicació que pren:

Ten alguna malaltia crònica?

Medicació que es pren

Te problemes en els ossos, cor,?

Tractament

Es propens a tenir alguna malaltia?

Medicació que pren

Segueix alguna dieta especial o règim?

Quina?

Li fa mal algun aliment?

Quina?

Al·lèrgia a medicaments :.

Substitut

Altres al·lèrgies? (Pol·len, pols, aliments ...)

Estàs vacunat del Tètanus?

Saps nedar? NO POC REGULAR BÉ

Observacions:

Jo _____, amb DNI, _____ pare,
mare, tutor / a del nen titular d'aquesta fitxa, S'autoritza en cas d'urgències,
amb coneixement i prescripció mèdica, a prendre les decisions oportunes si ha
estat impossible la meua localització.

També autoritza a fer les eixides pel poble dins de l'horari de l'escola.