



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Institut Pic del Vent

INFORMACIÓ SOBRE MALALTIES

Cognoms i nom de l'alumne/a

Telèfons de contacte:

Nom o Parentesc familiar:

Tf: _____

.....

Tf: _____

.....

Tf: _____

.....

Indiqueu si pateix alguna malaltia o al·lèrgia que hagi de tenir-se en compte en cas d'hospitalització:

Signatura del pare, mare o tutor de l'alumne/a

Caldes de Montbui, _____ de 201__