



FITXA MÈDICA

Cognom i nom de l'alumne/a:

DNI/NIE _____

T.Sanitària _____

L'alumne/a pateix :

Al·lèrgies Sí No quines _____

Dieta Sí No quina _____

Crisis Epilèptiques Sí No observacions: _____

MEDICACIÓ		
NOM MEDICACIÓ	DOSIS	QUAN LA PREN

Signatura mare/pare/tutor/a

Badalona,de/d'.....de 202..

AVIS IMPORTANT: Aquesta autorització serà vàlida per a tota la vida escolar de l'alumne/a si no hi ha indicació en contra.