



## FULL DE DADES MÈDIQUES

En/Na \_\_\_\_\_

amb DNI o passaport núm. \_\_\_\_\_

pare, mare o del tutor/a legal de l'alumne/a \_\_\_\_\_

FAIG SABER QUE:

PATEIX EL MEU FILL/A ALGUNA AL·LÈRGIA?                      Si                      No

Quina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adjunta certificat o informe mèdic?                      Si                      No

PATEIX EL MEU FILL/A ALGUN TIPUS DE MALALTIA:      Si                      No

Quina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adjunta certificat o informe mèdic?:                      Si                      No

Signatura

Pare/Mare/Tutor/a legal

Roda de Berà, a \_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_