



ENQUESTA DE SALUT: dades mèdiques

Nom de l'alumne:.....Data de naixement.....

Telèfons de contacte en cas d'emergència:





Té alguna malaltia a destacar?. En cas afirmatiu, quines?

Sí ☐

No ☐

Té alguna al·lèrgia o intolerància?. En cas afirmatiu, quines?

Sí ☐

No ☐

Altres observacions importants:

I perquè així consti

Signatura pare/mare o tutor/a legal

Data: