



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola Castellroc

Ctra. Vella d'Olot, 4
17856 Castellfollit de la Roca
Tel. 972.29.41.28
e-mail: b7000861@.xtec.cat

ENQUESTA DE PSICOMOTRICITAT

(Cal que l'emplenin els pares o tutors i l'entregueu al mestre d'educació física)

Dades de l'alumne/a:

Nom: _____ Cognoms: _____ Curs: _____

Adreça: _____

Localitat: _____

Telèfons: _____

Adreça de correu electrònic: _____

➤ Marqueu amb un CERCLE la resposta adient (SI o NO)

• **HISTORIAL MÈDIC:**

Té alguna **malaltia respiratòria**? SI NO

Quina/es?

Medicació i/o tractament actual:

Té algun **problema cardíac**? SI NO

Quin/s?

Medicació i/o tractament actual:

Té algun **problema a nivell digestiu**? SI NO

Quin/s?

Medicació i/o tractament actual:

Ha patit algun tipus de **problema ossi-articular**? SI NO

Quin/s?

Medicació i/o tractament actual:

És **al·lèrgic/a** a alguna cosa?

SI

NO

Quin/es?

Medicació i/o tractament actual:

- **ALTRES DADES:**

Per ampliar qualsevol de les qüestions anteriors o bé comunicar més informació.

Aquesta informació rebuda serà tractada de manera confidencial.

Estem a la vostra disposició per a qualsevol consulta, tot agraint la vostra col·laboració.

En/Na _____ amb DNI _____ pare, mare o tutor de l'alumne/a
_____ del curs _____ de l'Escola Castellroc, exposo que
les dades sobre l'estat de salut del meu/meva fill/a són certes; i em comprometo a notificar
qualsevol canvi important d'aquesta situació.

I perquè així consti, signo aquest document.

SIGNATURA

Pare / Mare / Tutor