



FITXA MÈDICA

Nom i Cognoms		
Núm. TIS		
Data de naixement		
Nom tutor 1		Telèfon:
Nom tutor 2		Telèfon:

DADES SANITÀRIES D'INTERÈS

Ha rebut totes les vacunes? Si No

Ha sofert alguna operació important? Si No

Quina?

Pateix algun problema de salut rellevant?

Asma Epil·lèpsia

Diabetis Altres:

Ha de prendre alguna medicació regularment? Si No

Quina?

Per a quin motiu?

És al·lèrgic a: - algun medicament? Si No

Quin/s?

És al·lèrgic a: -algun aliment? Si No

Quins/s?

És al·lèrgic a: - les picades d'insectes?

Si

No

Quins/s?

És al·lèrgic a: - altres

Observacions:

Data

SIGNATURA