



ENQUESTA INICIAL

Nom i cognoms de l'alumne/a: _____ Nivell: _____

Data de naixement: _____ Té germans/nes? _____ Quants? _____ Quin lloc ocupa entre ells? _____

Qui més conviu al domicili familiar? _____

Professió del pare: _____

Professió de la mare: _____

Quina llengua o llengües parleu habitualment a casa? _____

FITXA DE SALUT

Malalties remarcables : SI ☐ NO ☐

Indiqueu quines:

Medicació : SI ☐ NO ☐

Indiqueu quina:

Al·lèrgies : SI ☐ NO ☐ (Aliments, medicaments, etc...)

Indiqueu quines:

Vacunació Tètanus : SI ☐ NO ☐

Indiqueu la data de vacunació :

Observacions:
