

OBSERVACIONS MÈDIQUES

FITXA DE L'ALUMNE/A

NOM I COGNOMS:

DATA DE NAIXEMENT:

OBERVACIONS MÈDIQUES:

.....
.....
.....
.....

REACCIONS QUE PRESENTA:

.....
.....
.....

COM CAL ACTUAR:

.....
.....
.....

MEDICACIÓ:.....

.....

(Recordeu que cal portar l'autorització emplenada per la família i l'informe mèdic)

TELÈFONS DE CONTACTE (omplir mare/pare o tutor/a):

Telèfon 1: que correspon a:

Telèfon 2: que correspon a:

Telèfon 3: que correspon a:

Telèfon 4: que correspon a:

AUTORITZACIÓ

Jo.....
amb DNI com a pare/mare/tutor/a de
l'alumne/a..... autoritzo al centre
educatiu a administrar en
cas de ser necessari.

SIGNATURA