



ENQUESTA DE SALUT

Nom i cognoms de l'alumne/a:..... **Curs:**.....

Té al.lèrgia a algun medicament, picades d'insectes? **SI** **NO**

En cas afirmatiu, quin?.....

Està al corrent del calendari de vacunacions? **SI** **NO**

Té alguna malaltia crònica? **SI** **NO**

En cas afirmatiu quina?.....

En qualsevol cas contesteu aquestes preguntes:

És diabètic/a? **SÍ** **NO**

Té atacs convulsius o epil.lèpsia? **SÍ** **NO**

Té hipertensió arterial? **SÍ** **NO**

Té alguna malaltia pulmonar? **SÍ** **NO**

En cas afirmatiu quina?.....

Té alguna malaltia de cor? **SÍ** **NO**

En cas afirmatiu quina?.....

Ha estat operat/ada alguna vegada? **SÍ** **NO**

En cas afirmatiu quina/es operació/ns

.....

Hi ha algun motiu que l'hagi impedit fer esport? **SÍ** **NO**

En cas afirmatiu quin?.....

Ha tingut alguna molèstia durant o després de fer esport? **SÍ** **NO**

En cas afirmatiu quina?.....

Practica o ha practicat alguna activitat esportiva? **SÍ** **NO**

En cas afirmatiu quina?.....

Poden ampliar qualsevol de les qüestions contestades, o bé qualsevol altra informació interessant que pugui afectar la pràctica esportiva del seu fill o filla

.....

.....a, de.....2.....

(Població)

SIGNATURA PARE/MARE