



INFORME SOBRE L'ESTAT DE SALUT

Escola Mas Clariana

Nom i cognoms de l'alumne:

Data de naixement:

Encerclar la resposta correcta

Asma	SI	NO	
Bronquitis crònica	SI	NO	
Diabetis	SI	NO	
Hepatitis	SI	NO	
Epilèpsia	SI	NO	
Al·lèrgia	SI	NO	A què?
Alteracions columna vertebral	SI	NO	Quina?
Alteracions als peus	SI	NO	Quina?
Malaltia de tipus cardiovascular	SI	NO	Quina?

Altres:

No oblidi que si té alguna malaltia que li impedeixi desenvolupar les classes d'educació física amb normalitat, haurà de presentar justificació mèdica

Signat pare/mare/tutor/a

Data: