



FITXA MÈDICA

NOM I COGNOMS

CURS

Té algun tipus d'al·lèrgia?
(En cas de resposta afirmativa especifiqueu-la)

.....

Té alguna malaltia que requereixi alguna atenció especial?

.....

Hi ha algun medicament que no pugui prendre en cap cas?

.....

Observacions

.....

.....

.....

Signatura.

Barcelona,de.....de 20.....

AVIS IMPORTANT: Aquesta autorització serà vàlida per a tota la vida escolar de l'alumne/a si no hi ha indicació en contra que s'haurà de comunicar per escrit a la direcció del centre.