



NOM I COGNOMS ..... CLASSE .....

- **El vostre fill/a pateix algun tipus d'al·lèrgia?**

**NO**             **SÍ**

**Quina?**

- Al·lèrgia alimentària a: .....
- Al·lèrgia als següents medicaments: .....
- Altres al·lèrgies (pol·len, pols,...) a: .....

- **Pateix alguna malaltia crònica (asma, atacs epilèptics, diabetis, ...)?**

**NO**             **SÍ**

Quina? .....

- **Ha patit alguna lesió important (muscular, òssia, tendons, lligaments,...)?**

**NO**             **SÍ**

Quina? .....

Alfarràs, ..... de ..... de 20.....

**SIGNATURA DEL PARE, MARE O TUTOR LEGAL**