



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