



FULL DE RECOLLIDA DE DADES MÈDIQUES

Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Telèfons de contacte:

Relació amb l'alumne/a



Malalties cròniques que poden incidir en la realització de les activitats escolars:

Què hem de tenir en compte?

☐ Diabetis infantil

☐ Visió

☐ Epilèpsia

☐ Convulsions febrils

☐ Sistema respiratori:

☐ Sistema immunològic:

☐ Sistema cardiovascular:

☐ Sistema esquelètic/muscular:

☐ Altres:

Al·lèrgies

Llistat d'aliments i/o
substàncies als quals presenta
al·lèrgia

VIES D'ENTRADA
inhalació – contacte - ingesta

TIPUS DE REACCIÓ
erupció cutània – vòmits – dificultat respiratòria – pèrdua
consciència – xoc anafilàctic – vòmits – etc.

En cas d'haver d'administrar medicació a l'escola, ja sigui de forma periòdica o en cas d'urgència, caldrà emplenar i signar els documents prescriptius del Departament d'Educació que facilitarà el docent responsable.
Qualsevol afectació important s'ha de documentar de l'informe mèdic pertinent.

Nom i cognoms del pare, mare, tutor/a

Signatura

Data: