



FITXA MÈDICA PER A L'EDUCACIÓ FÍSICA

NOM DE L'ALUMNE/A: _____ **CURS:** _____

Hem dissenyat un petit qüestionari mèdic per garantir al màxim la seguretat del vostre fill/a. Us demanem que poseu el màxim interès a contestar-lo i en cas de dubte consulteu a la secretaria. Marqueu Sí o No, i en cas de respondre Sí, expliqueu breument la resposta a l'apartat d'observacions.

1. Té o ha tingut cap malaltia crònica o recurrent?	SI	NO
2. Està operat d'alguna cosa?	SI	NO
3. Té al·lèrgia a cap medicament?	SI	NO
4. Té cap problema de cor o de tensió arterial?	SI	NO
5. Li acostuma a fer mal el pit quan fa esforç?	SI	NO
6. Es mareja o desmaia amb l'esforç?	SI	NO
7. Té marejos, desmais o mal de cap normalment?	SI	NO
8. Ha tingut cap problema produït per la calor?	SI	NO
9. Fa servir ulleres o lents de contacte?	SI	NO
10. Fa servir cap aparell d'ortodòncia?	SI	NO
11. Pren cap medicament?	SI	NO
12. Ha tingut cap lesió que hagi necessitat tractament quirúrgic?	SI	NO
13. Ha tingut mai cap lesió al coll?	SI	NO
Al genoll?	SI	NO
Al turmell?	SI	NO
En altres articulacions?	SI	NO
14. Data de la darrera vacunació del tètanus coneguda		

Si alguna resposta cal explicar-la:

OBSERVACIONS _____

Sant Cebrià de Vallalta, a..... de de 20.....

Signatura del pare, mare o tutor legal.

En cas que pugui haver-hi un canvi important en la resposta d'alguna pregunta, cal que us poseu en contacte amb el mestre/a d'educació física per tal d'actualitzar la informació.