



Dades mèdiques

NOM DE L'ALUMNE/A: _____ Nivell: _____
Nom tutor/a 1 o tutor/a 2: _____

En cas que es produís una urgència o un problema mèdic durant l'horari lectiu o les activitats programades pel centre, el centre podrà contactar amb la família a través d'algun dels telèfons següents:

Tutor 1: _____ Tutor 2: _____ Altres familiars: _____

Treball tutor/a 1 _____ Treball tutor/a 2 _____

Jo, com a **representant legal** de l'alumne/a, he fet tot el que calia per conèixer l'estat de salut, per tant, autoritzo que realitzi els exercicis d'educació física i les activitats esportives (excepte, si és el cas, les que s'indiquen en el certificat mèdic oficial que us adjunto).

- o **Comunico**, sota la meua responsabilitat, que no pateix cap al·lèrgia (a la penicil·lina, al pol·len, ...) o malaltia crònica, excepte les que s'indiquen a continuació:

Al·lèrgies:

Altres malalties:

- o **Faig saber** que no pren habitualment medicaments ni segueix cap tractament, excepte els que s'indiquen a continuació:

- o En cas que es produís una urgència mèdica imprevista greu i el centre l'hagués d'acompanyar a un centre mèdic, mentre no arriba la família, autoritzo el professorat acompanyant a prendre totes les decisions oportunes (proves, anàlisis, transfusions, ...)

- o Observacions personals: _____

Documents que adjunto: _____

Assumeixo, doncs, totes les responsabilitats que es puguin derivar de les informacions i de les autoritzacions anteriors,

DNI/NIE/Passaport, nom i signatura:

Martorell, ____ de ____ de 20__