

# FITXA DE SALUT

## Dades del participant:

Nom i cognoms:.....

Data de naixement: .....DNI.....

Pateix alguna malaltia? No  Si

Quina? .....

Pateix alguna al·lèrgia? No  Si

Quina? .....

És al·lèrgic a algun medicament? No  Si

Quin? .....

Té alguna disminució? No  Si

Quina? .....

Pot practicar tot tipus d'esports i activitats? No  Si

.....

Té alguna problema de mobilitat o dificultat motriu? No  Si

Quina? .....

.....

Ha de fer alguna dieta especial? No  Si

Quina? .....

.....

Es cansa fàcilment? No  Si

Té el certificat de vacunacions al dia? No  Si

Es mareja amb facilitat? No  Si

Menja de tot? No  Si

Pateix enurèsi? No  Si

Té algun problema de convivència? No  Si

## ALTRES COMENTARIS I/O OBSERVACIONS

.....

.....

.....

Signatura dels pares o tutors