



FITXA SANITÀRIA DE L'ALUMNE/A

Alumne/a Curs Grup

1.- El vostre fill/a té algun problema de salut que el centre hauria de saber?

SÍ **NO**

Si heu contestat afirmativament, quin?

Pertany al grup d'**alta vulnerabilitat front la COVID 19?**

2.- Pren habitualment algun medicament?

SÍ **NO**

Si heu contestat afirmativament, quin, amb quina posologia?

.....
Autoritzeu a que prengui aquest medicament amb la posologia especificada, al centre o a qualsevol activitat lectiva depenent del centre?

SÍ **NO**

Si heu declarat que té alguna malaltia i es presenta una crisi, quin tractament ha d'iniciar?; amb quina freqüència? Per exemple, si pateix asma i apareix una crisi, quin medicament (un inhalador...). Especifiqueu si us plau tots els detalls que considereu oportú.

3.- És al·lèrgic/a a algun medicament, substància, aliment, etc.?

SÍ **NO**

Si heu contestat afirmativament, quin?

4.- Autoritzeu que, prèvia consulta telefònica, administrem PARACETAMOL al vostre fill/lla ?

SÍ **NO**

5.- És beneficiari/a de MUFACE? **SÍ** **NO**

De quina entitat:.....

6.- Ha rebut la vacuna contra la covid? **NO** **SÍ** **Pauta completa / 1 dosi**

(nom i signatura dels tutors legals)

Sant Boi de Llobregat, de

de 20