



ALUMNE/A

Nom _____ Cognoms _____
Curs / Grup _____

DADES ESPORTIVES

Practica activitat física / esport fora del centre? SI / NO Quina?

Pertany a algun club esportiu? SI / NO Quin? _____
Quantes hores setmanals dedica a l'activitat física o a l'esport? _____

DADES DE SALUT / MÈDIQUES

Sr. / Sra. _____ amb DNI _____,
pare/mare o tutor legal de l'alumne/a _____

DECLARO (omplir amb **SI** o **NO**)

Que el meu fill/a _____ pateix una malaltia o lesió conegudes que podrien fer potencialment perillosa la pràctica en la matèria d'Educació Física (en cas afirmatiu, cal adjuntar Informe Mèdic Oficial).

AUTORITZO Sí No

Que en cas d'urgència, i sota la direcció facultativa adequada, el centre pugui prendre les decisions medicoquirúrgiques necessàries a aplicar al meu fill/filla.

Us demanem també d'omplir la següent informació sobre aspectes que poden influir en la pràctica esportiva

-Té alguna malaltia crònica? / SI NO Quina? _____

-Ha tingut algun desmai durant la pràctica física? / SI NO El darrer quan ha estat? _____

-És diabètic? / SI NO -Té atacs convulsius o epilèptics? SI NO

-Té alguna malaltia pulmonar? SI NO Quina? _____

-Té algun problema cardíac o malaltia del cor? SI / NO Quina? _____

-Té al·lèrgies a algun medicament? / SI NO A quin? _____

-Pren medicaments de forma regular? SI NO Quins? _____

-Ha patit processos diversos (hepatitis, fongs, berrugues,...)? SI NO Quin? _____

-Ha patit alguna lesió muscular o òssia d'importància? SI NO Quina? _____

-Altres informacions interessants _____

SIGNATURA (pare, mare o tutor)

Reus, _____ de _____ del _____