



## FITXA MÈDICA DE L'ALUMNE/A

### Dades de l'alumne/a

Nom i cognoms de l'alumne/a

Curs

Nom i cognoms de la mare, el pare o tutor/a legal de l'alumne/a si és menor d'edat

DNI/NIE/Passaport

### 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.

### DECLARO

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

Que el meu fill/a **NO PATEIX** una malaltia o lesió conegudes que podrien fer potencialment perillosa la pràctica en la matèria d'Educació Física.

### Dades esportives de l'alumne/a

Practica activitat física / esport fora del centre?

**No**

**Sí, quina?**

Pertany a algun club esportiu?

**No**

**Sí, quin?**

Quantes hores setmanals dedica a l'activitat física o a l'esport?

### Dades mèdiques

Té alguna malaltia crònica?

**No**

**Sí, quina?**

Ha tingut algun desmai durant la pràctica física?

**No**

**Sí, quan?**

És diabètic?

**No**

**Sí**

Té atacs convulsius o epilèptics?

**No**

**Sí**

Té alguna malaltia pulmonar?

**No**

**Sí, quina?**

Té algun problema cardíac o malaltia del cor?

**No**

**Sí, quina?**

Té al·lèrgies a algun medicament?

**No**

**Sí, quin?**

Pren medicaments de forma regular?

**No**

**Sí, quin?**

Ha patit processos diversos (hepatitis, fongs,...)

**No**

**Sí, quin?**

Ha patit alguna lesió muscular o òssia d'importància?

**No**

**Sí, quin?**

Altres informacions interessants

Signatura de l'alumne/a o, si és menor d'edat, de la mare, el pare o tutor/a legal

Reus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_