



Fitxa de salut intercanvi a Holanda

Nom i cognoms de l'alumne:

Data de naixement:

Pateix alguna al·lèrgia? No Sí

Quina?

És al·lèrgic a algun medicament? No Sí

Quin?

Ha de fer alguna dieta especial? No Sí

Quina?

.....

ALTRES COMENTARIS I/O OBSERVACIONS:

.....

.....

.....

Signatura i data



Autorització de medicaments

En/Na, amb DNI, com a mare/pare/tutor legal de l'alumne, autoritzo el meu fill/a a prendre la següent medicació durant l'intercanvi a Holanda que es durà a terme entre els propers dies 27 de març i 2 d'abril del 2020.

Medicament:

Dosi:

Horari de les dosis:

Necessita nevera? No Sí

Medicament:

Dosi:

Horari de les dosis:

Necessita nevera? No Sí

Medicament:

Dosi:

Horari de les dosis:

Necessita nevera? No Sí

Adjunto recepta mèdica.

Signatura i data