



Fitxa de salut esquiada

Nom i cognoms de l'alumne/a:

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/a,
autoritzo el meu fill/a a prendre la següent medicació durant el viatge a Andorra que es
durà a terme entre el 20 i el 22 de desembre de 2021.

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