



Fitxa de salut intercanvi a Holanda

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, autoritzo el
meu fill/a a prendre la següent medicació durant l'intercanvi a Holanda que es durà a terme
entre els propers dies 14 a 21 de juny del 2022.

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