

Fitxa de salut esquiada 2024

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:

.....

.....

.....

Autorització de medicaments

En/Na, amb DNI,
com a mare/pare/tutor legal de l'alumne/a,
autoritzo al meu fill/a a prendre la següent medicació durant el viatge a Andorra que es durà a
terme entre el 18 i 20 de desembre de 2024.

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 No Sí

Signatura