

Informació confidencial de la salut del vostre fill/a, necessària per el departament d' Educació Física, per tal d'adaptar la pràctica de la matèria a les necessitats individuals del nostre alumnat.

Respondre marcant amb una X,i si cal, escriure algun altre desordre o malaltia que creieu que hem de conèixer.

DADES MÈDIQUES			
DADES DE CONTACTE			
NOM ALUMNE/A			
TELÈFON DELS PARES/TUTORS LEGALS	MARE		PARE
Al·lèrgies			
Intoleràncies			
Medicació habitual			
Antecedents intervencions quirúrgiques			
Malalties sensorials	Vista		Oïda
Problemes de mobilitat articular			
Ha fumat alguna vegada			
Ha pres alcohol alguna vegada			

DADES MÈDIQUES ESPECÍFIQUES							
SISTEMA DIGESTIU							
aerofàgia		digestió		estrenyiment		diarrea	
Altres							
SISTEMA REPRODUCTOR							
Regles doloroses					Amenorrea		
Altres							
SISTEMA RESPIRATÒRI							
Afeccions		Asma		Angines		Laringitis crònica	
Altres							
SISTEMA CIRCULATORI							
Anomalies		Malalties cardíaques		Hipertensió arterial		Hipotensió arterial	
Altres							

SISTEMA ENDOCRÍ										
Tiroides					Diabetis					
Altres										
SISTEMA NERVIÓS										
Ansietat		Depressió nerviosa		Fatiga		Taquicàrdies		Atenció		
Memòria		Trastorns alimentaris		Concentració		Nerviosisme		Insomni		
Altres										
SISTEMA ARTICULAR I OSSI										
Torticolis			Dors àlgies			Escoliosi			Cifosi	
Lordosi			Hèrnia discal			Ciàtica			Tendinitis	
Altres										
Altres informacions útils										

Lloc i data

Signatura del pare, mare o tutor/a