



FITXA MÈDICA I PERMISOS

Alumne / a: _____

Al·lèrgies / Malalties: ☐ SI ☐ NO

(En cas afirmatiu indiqueu a què i quines precaucions cal prendre)

Medicaments: ☐ SI ☐ NO

(En cas afirmatiu indiqueu quin o quins i la periodicitat)

* Donar el medicament al professorat amb les instruccions escrites, abans de marxar.

Intolerància a algun aliment: ☐ SI ☐ NO

(En cas afirmatiu indiqueu quin o quins)

Dono permís per portar l'alumne / a al metge, si s'escau.

Signatura Pare / Mare / Tutor/a

Sant Feliu de Codines, ____ de _____ de _____