



ENQUESTA DE SALUT

Escola:	Curs:
Alumne/a:	Nivell:

	SÍ	NO
Té al·lèrgia a algun medicament o aliment?		
<i>En cas afirmatiu, a quin?</i>		
Està al corrent del calendari de vacunacions?		
Té alguna malaltia crònica?		
<i>En cas afirmatiu, quina?</i>		
És diabètic/a?		
Té atacs convulsius o epilèptics?		
Té hipertensió arterial?		
Té alguna malaltia pulmonar?		
<i>En cas afirmatiu, quina?</i>		
Té alguna malaltia del cor?		
<i>En cas afirmatiu, quina?</i>		
Ha estat operat/da alguna vegada?		
<i>En cas afirmatiu, de quina/es operació?</i>		

Hi ha algun motiu que l'impedeixi fer esport o activitat física?

Poden ampliar les qüestions contestades, o bé qualsevol altra informació interessant que pugui afectar la pràctica esportiva del seu/va fill/a:
--

RECORDEU INFORMAR AL TUTOR/A DEL VOSTRE FILL/A DE QUALSEVOL CANVI SIGNIFICATIU.

....., de/d' de

Nom del pare, mare o tutor/a:

Signatura