



FITXA MÈDICA

Nom i cognoms de l'alumne/a: _____

Edat: _____

Curs/Especialitat: _____

Adreça: _____

Tel.de la mare: _____ Tel del pare: _____

Altres telèfons de contacte: _____

Antecedents mèdics importants:

Si en algun dels següents ítems la resposta dels pares és afirmativa, se sol·licitarà més informació per a saber com actuar dins l'àmbit escolar.

-Al·lèrgies: ____

-Asma: ____

-Cefalees: ____

-Convulsions: ____

-Lesions: ____

-Altres: ____ Quins?

Malalties actuals:

Pateix alguna malaltia? Quina? Com es manifesta? Necessita cures especials? Quines? Pren medicació? Quina? Des de quan i fins a quan?

Cobertura sanitària:

En cas d'haver de traslladar a l'alumne/a a un centre assistencial, quina cobertura mèdica té i a quin lloc s'ha de traslladar? Indicar el número de la targeta SIP.

Telèfons de suport: En cas d'emergència, a qui s'ha de telefonar si no es localitza els familiars?

1: _____ 3: _____

2: _____ 4: _____

Autorització:

Per la present, autoritze que el meu fill/a reba assistència mèdica o siga traslladat a un centre assistencial en cas d'emergència.

Data: _____

Signatura del pare/mare o tutor/a legal