



FITXA PERSONAL

| | | | |
|---------------|--|-----------------|--|
| NOM ALUMNE/A: | | DATA NAIXEMENT: | |
| NOM PARE: | | NOM MARE: | |
| ADREÇA: | | C.P.: | |
| LOCALITAT: | | PROVÍNCIA: | |
| TELÈFONS: | | MÒBIL: | |

FITXA MÈDICA

| | SI | NO | ESPECIFICAR |
|---|----|----|-------------|
| És al·lèrgic/a a algun medicament? | | | |
| Té alguna al·lèrgia i o intolerància alimentària? | | | |
| És al·lèrgic/a a picadures o alguna cosa més? | | | |
| Té algun tipus de dermatitis? | | | |
| Té alguna malaltia de tipus crònic? | | | |
| Té problemes cardiovasculars (cor)? | | | |
| Té algun tipus d'alteració sangüínia, hemorràgies nasals habituals? | | | |
| Té alguna malaltia infecto-contagiosa? | | | |
| Té algun tipus de dificultat respiratòria? És asmàtic/a? | | | |
| És diabètic/a? | | | |
| És epilèptic/a? | | | |
| Té desviacions de columna? Escoliosis, cifosis, lordosis,..... | | | |
| Té malformacions als peus o cames? | | | |
| Sofreix dolors? | | | |
| Té algun problema visual? | | | |
| Té algun problema auditiu? | | | |
| Té alguna fòbia o por? | | | |
| Ha estat operat/da alguna vegada? | | | |
| Altres problemes de salut. | | | |

Tal i com indica la Resolució de 13 de juny de 2018, en cas de malaltia crònica cal adjuntar l'ANNEX IV; Informe de salut i prescripció mèdica per a l'administració de medicaments en horari escolar i l'Annex V: Consentiment informat del pare/mare o tutor/a legal i sol·licitud a la persona responsable de la direcció del centre per a subministrar medicació o una altra atenció sanitària en horari escolar

Signatura del pare, mare o tutor/a

Meliana, _____ de _____ de _____