



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria d'Educació,
Cultura i Esport

CEIP SAN CLEMENTE

46007827

C/València, 20

46910 SEDAVÍ

961205050

FICHA MÉDICA

NOMBRE DEL ALUMNO.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

Nº TARJETA

SIP.....

Nº SEGURETAT SOCIAL.....

TELÉFONOS DE CONTACTO.....

ALERGIAS

Alergia a medicamentos

.....
.....

Alergia a alimentos

.....
.....

ENFERMEDADES

¿Sufre o ha sufrido alguna enfermedad o lesión importante ?

.....
.....

¿Lleva alguna medicación de manera continuada? ¿Cuál?

.....

Sedaví..... de de

El padre / madre / tutor / tutora



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria d'Educació,
Cultura i Esport

CEIP SAN CLEMENTE

46007827

C/València, 20

46910 SEDAVÍ

961205050

FITXA MÈDICA

NOM DE L'ALUMNE.....

DATA DE NAIXEMENT.....

Nº TARJETA SIP.....

Nº DE LA SEGURETAT SOCIAL.....

TELÈFONS DE CONTACTE.....

AL·LERGIES

Al·lergia a medicaments

.....
.....

Al·lergia a aliments

.....
.....

ENFERMETATS

¿Pateix o ha patit alguna enfermetat o lesió important?

.....
.....

¿Pren alguna medicació de manera continuada? ¿Quina?

.....

Sedaví..... de de

El pare / mare / tutor / tutora