



## FITXA SANITÀRIA

## DADES ALUMNAT

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

DOMICILI: \_\_\_\_\_

CURS I GRUP \_\_\_\_\_

Nº AFILIACIÓ MÈDICA: \_\_\_\_\_

**(Adjuntar fotocòpia tarjeta sanitària) SIP**

## DADES PROGENITOR 1/TUTOR/A LEGAL

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

## DADES PROGENITOR 2/TUTOR/A LEGAL

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

## TELÈFONS CONTACTE EN CAS EMERGÈNCIA

TELÈFON 1: \_\_\_\_\_ (PARENTESC) \_\_\_\_\_ TREBALL: \_\_\_\_\_

TELÈFON 2: \_\_\_\_\_ (PARENTESC) \_\_\_\_\_ TREBALL: \_\_\_\_\_

TELÈFON 3: \_\_\_\_\_ (PARENTESC) \_\_\_\_\_ TREBALL: \_\_\_\_\_

TELÈFON 4: \_\_\_\_\_ (PARENTESC) \_\_\_\_\_ TREBALL: \_\_\_\_\_

## DADES MÈDIQUES D'INTERÉS

1. AL·LÈRGIA A MEDICAMENTS, ANIMALS, OBJECTES,  
Especificar: \_\_\_\_\_
2. AL·LÈRGIA/INTOLERÀNCIA ALIMENTÀRIA  
Especificar: \_\_\_\_\_
3. MALALTIA CRÒNICA (diabetes, problemes cardíacs, motors, neurològics, etc)  
Especificar: \_\_\_\_\_
4. HA PATIT MALALTIA GREU (hepatitis, meningitis, etc)  
Especificar: \_\_\_\_\_
5. ALTRES  
Especificar: \_\_\_\_\_
6. SEGUIX EL PROGRAMA DE VACUNACIÓ INFANTIL I ELS EXÀMENS PERIÒDICS DE SALUT  
\_\_\_\_\_