
FITXA MÈDICA

_____ amb DNI _____ mare, pare o tutor/a
legal de l'alumne/a _____, aporte aquestes
dades. Seran vàlides fins que s'indiqui algun canvi.

Data de naixement:	SIP:
Al·lèrgies o intoleràncies	
Malalties	
Medicació	
Observacions	

- En cas d'al·lèrgies, intoleràncies o malalties **ADJUNTAR** informe mèdic.
- En cas de requerir medicació en horari escolar, aportar al centre l'Annex V emplenat pels familiars i l'Annex IV emplenat pel metge de la Resolució de 13 de juny de 2018, sobre l'atenció sanitària a centres educatius.

Signat: _____

Alaquàs ___ de _____ de _____