

## FITXA SANITÀRIA ESCOLAR ANUAL

NOM I COGNOMS DEL XIQUET/A :

\_\_\_\_\_

CURS: \_\_\_\_\_

TELÈFONS: \_\_\_\_\_

DADES SANITÀRIES:

Pateix cap malaltia crònica? SÍ  NO

Quina?

\_\_\_\_\_

Pren cap medicament? SÍ  NO

Quin?

\_\_\_\_\_

Té cap tipus d'al·lèrgia o intolerància alimentaria? SÍ  NO

Quina?

\_\_\_\_\_

Observacions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signatura del progenitor/a o tutor/a legal

Favara \_\_\_\_\_ de/d' \_\_\_\_\_ 202\_\_

**SI L'ALUMNE/A PATEIX ALGUNA MALALTIA CRÒNICA O AL·LÈRGIA QUE NECESSITE D'INTERVENCIÓ URGENT POSEU-SE AMB CONTACTE AMB EL TUTOR/A.**