

FITXA MÈDICA PERSONAL

ALUMNE/A:

CURS:

Data de naixement:

Nom del pare/mare/tutor/a legal:

Amb D.N.I. / N.I.E. N°

N° Cartilla Seguretat Social o Altres:

Telèfons de contacte en horari escolar:

DADES MÈDIQUES DE L'ALUMNE/A

Té el seu fill/a alguna d'aquestes Patologies? (En cas afirmatiu marcar amb X)

ASMA EPILÈPSIA DIABETIS ALTRES (Especificar)

MIGRANYA HEMOFÍLIA ARRÍTMIA
CARDÍACA

És al·lèrgic/a a algun d'aquests medicaments?

PENICIL·LINA ASPIRINA PARACETAMOL ALTRES

Està sotmès el seu fill/a a algun tractament mèdic o farmacològic? (Indique quin en cas afirmatiu)

El seu fill/a és al·lèrgic/a a algun aliment?.....

Desitja fer alguna observació sobre el seu fill/a que calga tindre en compte?.....

Declare baix la meua responsabilitat que són certes les dades ací manifestades, a la vegada que em compromet a notificar al col·legi qualsevol canvi d'importància que es realitze pel que fa a aquesta fitxa mèdica.

Grau Gandia, a de de

SIGNAT: