



NOM I COGNOMS CLASSE

- El vostre fill/a pateix algun tipus d'al·lèrgia?

NO SI

Quina?

Al·lèrgia alimentària a:

.....

Al·lèrgia als següents medicaments:

.....

Altres al·lèrgies (pol·len, pols,...) a:

.....

- Pateix alguna malaltia crònica (asma, atacs epilèptics, diabetis, ...)?

NO SI

Quina?

- Ha patit alguna lesió important (muscular, òssia, tendons, lligaments,...)?

NO SI

Quina?

- Ha de prendre algun tipus de medicació, prescrita pel metge de forma continuada dins l'horari escolar?

NO SI

Quina?

Per què?

Quina dosi?

Recordeu que:

- Pel subministrament de qualsevol tipus de medicament, oral o tòpic, cal portar la recepta del metge .
- Si el nen/a pateix alguna malaltia crònica haureu de portar un certificat mèdic justificant, si fos el cas, de quin tipus d'activitat física està contraindicada.
- Les dades que ens comuniqueu són confidencials i que quan hi hagi alguna variació en la informació que ens heu proporcionat cal que ho comuniqueu a la Direcció del Centre.

SIGNATURA DEL PARE, MARE O TUTOR LEGAL