



NOM I COGNOMS..... CURS 20\_\_-\_\_: .....

• 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,ligaments,...)?  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, al·lèrgia o intolerància alimentària 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

Tortosa,..... de ..... de .....