



**NOM I COGNOMS DEL/DE LA NEN/A** .....

**CLASSE**.....

El vostre fill/a pateix algun tipus d'al.lèrgia? Quina?

**Si**

**No**

Al.lèrgia alimentària a:

.....  
.....

Al.lèrgia als següents medicaments:

.....  
.....

Altres al.lèrgies (pol.len, pols, etc.) :

.....

Pateix alguna malaltia crònica (asma, diabetis, etc.) ?

.....

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

.....

Recordeu que pel subministrament de qualsevol tipus de medicament, cal portar la recepta del metge i l'autorització corresponent.

En el cas que el/la nen/a pateix algun tipus d'activitat crònica, cal portar un certificat mèdic que ho justifiqui, i si és el cas, quin tipus d'activitat física està contraindicada.

**Les dades que ens comuniquen són confidencials.**

En cas que hi hagi variacions en la informació que ens proporcioneu, cal que ho comuniquen a la Direcció de l'escola.

**Signatura del pare, mare o tutor/a legal**

**Data**

Sallent, ..... de setembre de 2015

**Cal retornar el full abans del dimarts 30 de setembre.**