



FITXA MÈDICA

Nom i cognoms:

Nº Seguretat Social:

Antecedents personals patològics

- ☐ Malalties respiratòries _____
- ☐ Accidents _____
- ☐ Trastorns digestius _____
- ☐ Malalties cutànies _____
- ☐ Altres malalties transmissibles _____
- ☐ Intervencions quirúrgiques _____
- ☐ Altres malalties _____

Dades d'interès pràctic

És al·lèrgic? Si ☐ No ☐ A què? _____

És malaltís? Si ☐ No ☐

- | | | | |
|-------------|-----------------------|----------------|--------------------|
| - Angines | - Refredats | - Faringitis | - Mal de queixal |
| - Sinusitis | - Restrenyiments | - Mal d'orella | - Enuresi nocturna |
| - Empatxos | - Reumatisme infantil | - Altres: | |

Pren algun medicament especial? Si ☐ No ☐

Quin? _____ Dosi _____

Fa algun tipus de règim especial? Si ☐ No ☐

Quin? _____

En relació a la seva edat és un nen que menja... poc molt normal

En les excursions es cansa aviat? Si ☐ No ☐

Necessita alguna atenció especial? Si ☐ No ☐

Perquè? _____

Es mareja fàcilment? Si ☐ No ☐

Està vacunat contra el tètanus? Si ☐ Dates _____

Altres vacunes d'interès:

Certificat de la revisió mèdica

En/na _____ amb DNI _____ com a
pare/mare/tutor/a de _____ certifico que Si ☐ No ☐ pateix cap malaltia greu.

Signatura