



Fitxa de salut

Codi persona Núm. inscripció

1r cognom 2n cognom

Nom

Al·lèrgies

Diversitats funcionals

Pateix alguna malaltia? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes d'intervencions quirúrgiques, etc)

Sí No

Quina. Necessitats especials

Té alguna Necessitat Educativa Especial? Sí No

Quina. Necessitats especials

Segueix algun règim especial? Sí No

Motiu (Necessitats especials)

Anotacions si s'escau

Sap nedar Sí No

Pateix enuresi nocturna Sí No

Pren alguna medicació? Sí No (en cas que prengui alguna medicació, caldrà omplir el full d'autorització per prendre medicació)

Declaro:

Que són certes les dades consignades en aquesta fitxa de salut, així com la documentació que s'adjunta, i que estic obligat/obligada a comunicar a la Fundació Pere Tarrés qualsevol variació que pugués produir-se d'ara endavant.

En/na amb DNI

certifica que l'infant

El seu estat de salut és Bo Altres

El sotasignat certifica que el seu fill/a està protegit amb les vacunes assenyalades per la normativa vigent, o en altre cas adjunta document **Declaració responsabilitat conseqüències de no vacunació.**

....., a de/d' de

SIGNATURA del pare/mare/tutor/a