



FITXA PERSONAL- FICHA PERSONAL

NOM ALUMNE/A: NOMBRE ALUMNO/A:			
SIP SIP		DATA NAIXEMENT: FECHA NACIMIENTO:	
NOM PARE: NOMBRE PADRE:		NOM MARE: NOMBRE MADRE:	
ADREÇA: DIRECCIÓ:		C.P.: C.P.:	
LOCALITAT: LOCALIDAD:		PROVÍNCIA: PROVINCIA:	
TELÈFONS: TELÉFONOS:		MÒBIL: MÓVIL:	

FITXA MÈDICA- FICHA MÉDICA

	SI	NO	ESPECIFICAR
És al·lèrgic/a a algun medicament? <i>Es alérgico/a a algun medicamento?</i>			
Té alguna al·lèrgia alimentària? <i>Tiene alguna alergia alimentaria?</i>			
És al·lèrgic/a a picadures o alguna cosa més? <i>Es alérgico/a a picaduras o alguna cosa más?</i>			
Té alguna malaltia de tipus crònic? <i>Tiene alguna enfermedad de tipo crónico?</i>			
Té problemes cardiovasculars (cor) ? <i>Tiene problemas cardiovasculares (corazón) ?</i>			
Té alguna malaltia infecto-contagiosa? <i>Tiene alguna enfermedad infecto-contagiosa?</i>			
És asmàtic/a? <i>Es asmático/a?</i>			
És diabètic/a? <i>Es diabético/a?</i>			
És epilèptic/a ? <i>Es epiléptico/a ?</i>			
Té desviacions de columna? Escoliosis, cifosis, lordosis... <i>Tiene desviaciones de columna? Escoliosis, cifosis, lordosis...</i>			
Té malformacions als peus o cames ? <i>Tiene malformaciones en los pies o piernas ?</i>			
Té algun problema visual? <i>Tiene algun problema visual?</i>			
Té algun problema auditiu? <i>Tiene algun problema auditivo?</i>			
Té alguna fòbia o por? <i>Tiene alguna fobia o miedo?</i>			
Ha estat operat/da alguna vegada? <i>Ha sido operado/a en alguna ocasión ?</i>			
Altres problemes de salut. <i>Otros problemas de salud.</i>			

Signatura del pare, mare o tutor.

Firma del padre, madre o tutor.

Meliana, _____ de _____ de _____.