



FITXA PERSONAL- FICHA PERSONAL

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

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 _____.