

FITXA MÈDICA



DADES D'IDENTIFICACIÓ DE L'INFANT:

Nom _____ Cognoms _____

Curs _____

Núm. de Targeta de la Seguretat Social (o CIP) : _____

Núm. de targeta Mútua (posar el nom de la mútua) : _____

DADES FAMÍLIA:

PARE / TUTOR

Nom _____ Cognoms _____

Telèfon de contacte _____

MARE /TUTOR

Nom _____ Cognoms _____

Telèfon de contacte _____

És al·lèrgic o intolerant a algun aliment? No/Si _____

En cas d'afirmació cal adjuntar informe especialista.

Segueix algun règim especial? Si / No Quin? _____

Té alguna Necessitat Educativa Especial o dificultat? Si / No

Quina? _____

Signat

Gelida, ____ de _____ de 20 ____