



# FITXA MÈDICA



1r COGNOM:

2n COGNOM:

NOM:

- ✚ **Malalties patides:** Xarampió  SÍ  NO      Verola borda  SÍ  NO  
Rubèola  SÍ  NO      Galteres  SÍ  NO  
Hepatitis  SÍ  NO  
Altres:  SÍ  NO: \_\_\_\_\_

✚ **Última operació o accident:** \_\_\_\_\_

- ✚ **Malalties cròniques:** Diabetis  SÍ  NO      Asma  SÍ  NO  
Epilèpsia  SÍ  NO      Migranya  SÍ  NO  
Malalties del cor  SÍ  NO: \_\_\_\_\_  
Alteracions sanguínies  SÍ  NO: \_\_\_\_\_

✚ **Té problemes a la vista?**  SÍ  NO: \_\_\_\_\_

✚ **Té problemes a l'oïda?**  SÍ  NO: \_\_\_\_\_

- ✚ **Alteracions nocturnes:** Somnambulisme  SÍ  NO      Insomni  SÍ  NO  
Enuresi nocturna  SÍ  NO

✚ **Al·lèrgies**  SÍ  NO

- Medicaments  SÍ  NO: \_\_\_\_\_  
Aliments  SÍ  NO: \_\_\_\_\_  
Animals  SÍ  NO: \_\_\_\_\_  
Altres  SÍ  NO: \_\_\_\_\_



■ **Altres:**

Es fatiga fàcilment?  SÍ  NO

Es mareja amb facilitat?  SÍ  NO

Té enuresi diürna?  SÍ  NO

Pateix alguna disminució física, psíquica o sensorial?  SÍ  NO:

\_\_\_\_\_

■ **Malalties actuals:**  SÍ  NO: \_\_\_\_\_

■ **Medicació crònica:**  SÍ  NO

Medicament: \_\_\_\_\_

Posologia: \_\_\_\_\_

Observacions: \_\_\_\_\_

■ **Altres observacions:** \_\_\_\_\_

En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_

com a (1)\_\_\_\_\_ certifica que l'infant \_\_\_\_\_

ha estat protegit amb les vacunes assenyalades en la normativa vigent, i no pateix cap malaltia que l'impedeixi participar a les activitats del Centre.

Així mateix, constata que les dades anteriorment especificades són verídiques, quedant, per tant, lliure de tota responsabilitat els monitors del Centre de qualsevol error o falsedat d'aquestes.

(1) pare, mare o tutor legal

Sta. Coloma de Gnet, \_\_\_\_\_

Segell del Centre

Signatura del pare, mare o tutor