

## **Fitxa de salut**

**Nom del nen/a:**

**Amb dni:**

**Nom del representant legal:**

**Amb dni:**

Pateix alguna malaltia o al·lèrgia?

.....  
.....

Pateix alguna limitació física que li dificulti l'activitat física?

.....  
.....

Segueix alguna dieta? Pateix alguna alteració alimentària?

.....  
.....

Pren algun medicament? Indiqueu quin i quan?

.....  
.....

Estat de vacunació. Té les vacunes que li corresponen a la seva edat?

.....  
.....

Alguna altre observació a constatar

.....  
.....

**Signatura del representant legal:**