

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? En cas afirmatiu, indiqueu quin i quan.

.....
.....

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

.....
.....

Alguna altra observació a constatar?

.....
.....

Signatura del representant legal: