

SALUT

Ha tingut alguna malaltia crònica? (al·lèrgia –especificar a què i quines reaccions té-, asma, epilèpsia, problemes quirúrgics...?) _____

Estat actual? _____

Té problemes amb la vista, l'oïda o la parla? Quins? _____

Té alguna disminució (psíquica, física o sensorial)? De quin grau? _____

Té alguna dificultat motriu (peus plans, etc...)? Quina? _____

Dorm bé? Sí No Quantes hores dorm normalment? _____

Té insomni Sí No És sonàmbul? _____

Menja De tot Poques coses Molt Poc

És hàbil? Sí No gaire Sap nedar? Sí No

Es fatiga fàcilment? Sí No Pateix enuresi? Sí No

Es mareja fàcilment? Sí No És diabètic? Sí No

Es posa malalt amb freqüència? De què? _____

Pren alguna medicació? Quina? _____

Administració (dies, horari, nº de preses...). _____

Segueix algun règim especial? _____

És intolerant a algun aliment? _____

Alguna altra característica no contemplada en les preguntes anteriors? _____



Generalitat de Catalunya
Departament d'Ensenyament
Escola La Creu

Història mèdica i fitxa sanitària per activitats escolars i de lleure

DADES D'IDENTIFICACIÓ

Nom i Cognoms: _____

Data de naixement: _____

Domicili: _____

Codi Postal: _____

Localitat: _____

Telèfons de contacte: _____

Nom dels pares: _____

Nº Tarja de la Seguretat Social (o CIP): _____

Nº Tarja de la Mútua (indicar nom de la mútua): _____