

NOM DEL XIQUET/A: _____

EDAT: _____

Nº SIP: _____ Nº S. SOCIAL: _____

FITXA MÈDICA (Recordeu portar la fotocòpia del SIP)

Indiqueu, en cas afirmatiu:

Pateix alguna malaltia important? _____

És al·lèrgic a alguna cosa? _____

Pren alguna medicació? Quina? Indiqueu el nom i les tomes de la mateixa (posologia):

Segueix algun règim especial de menjars? _____

Es propens/a a: Refredats _____ Marejos _____ Mals de cap _____

Insomni _____ Eneuresi nocturna _____ Altres(especificar):

Té totes les vacunes corresponents a la seua edat? _____

En cas negatiu, indiqueu de què no està vacunat: _____

Data de la última vacuna contra el tètanus: _____

Sap nadar? _____

Existeix, a més a més, alguna observació especial que vullgeu fer constar? _____

NOTA: Si necessita un medicament específic, és preferible que ho duga de casa.

NOM DE LA MARE I/O PARE: _____

TELÈFON DE CONTACTE DURANT L'ESTADA: _____