



## FITXA D'INFORMACIÓ SANITÀRIA

### Dades de alumne/a

Nom:..... Cognoms:.....

Curs:.....

Núm. de Targeta Sanitària (TIS):.....

Telèfon d'urgència:.....

En cas d'emergència avisar a.....

1. Malalties importants que hagi patit o pateix en l'actualitat.  
(Especificar problemes cardiovasculars, articulars, respiratoris o altres).

.....

2. Pren habitualment alguna medicació?

- SI  
 NO

(En cas d'haver contestat Sí, indiqueu quin)

.....

3. Ha estat sotmès / a alguna intervenció quirúrgica?

- SI  
 NO

Quina.....

4. Al·lèrgies o intoleràncies en general.

- SI  
 NO

**5. És al·lèrgic o intolerant a algun aliment?**

- SI
- NO

**Quin aliment? .....**

**6. Es queda al menjador?**

- SI
- NO

**7. Segueix algun règim especial?**

- SI
- NO

**8. Al·lega algun impediment que l'incapaciti per a la pràctica de l'esport.**

.....  
.....

**Data:** Amposta, de .....de 201....

**Signatura**