

FITXA SANITÀRIA

NOM I COGNOMS:

QÜESTIONARI:

1. Té el seu fill/a alguna malaltia que consideri important?
 - . Crònica:
 - Quina?
 - . Al·lèrgia:
 - Quina?: Medicament
 - Aliments
 - Altres
 - . Altres:
 - Quines?:

2. Durant la franja horària de l'activitat, se li ha d'administrar algun tipus de medicament?
 - Quin?

3. Hi ha algun tipus de medicament que el seu fill/a NO pugui prendre?
 - Quin?

4. Hi ha algun tipus d'aliment que el seu fill/a NO pugui prendre o menjar?
 - Quin?

5. Té el seu fill/a problemes d'eneuresi diürna?
 - Té el seu/a problemes d'eneuresi nocturna?

6. A la piscina:
 - . Sap nedar? Necessita suport per anar a l'aigua?
 - . Necessita taps per a les orelles?

7. Té el seu fill/a la vacuna antitetànica al dia?

8. Comentaris i/o observacions que consideri que hem de saber: