



## FITXA SANITÀRIA

### DADES PERSONALS

Nom i cognoms:..... Grup Classe: .....  
Data Naixement: ..... Edat:.....  
Domicili: ..... Codi postal: ..... Població: .....  
Telèfons de contacte : .....

**Número de targeta sanitària:**

### DADES MÈDIQUES

Pateix el seu fill/a alguna malaltia?..... Quina? .....  
Ha patit alguna malaltia important?..... Quina?.....  
Li han realitzat alguna intervenció quirúrgica?..... Quina?.....  
Es medica actualment?

Nom del medicament	Dosi	Temporització

Pateix algun tipus d'al·lèrgia?..... Quina?.....  
Segueix alguna dieta o règim especial?..... Quin?.....  
Té alguna dificultat o impediment físic?..... Quin?.....  
.....  
Es mareja amb facilitat?..... Ha patit alguna fractura?.....  
Porta les vacunes al dia?  SÍ  NO

Altres observacions:.....  
.....

### **MOLT IMPORTANT!**

En cas d'al·lèrgia i/o medicació crònica cal adjuntar també el certificat mèdic.  
En cas d'haver de subministrar medicació en horari escolar de manera esporàdica, caldrà portar un certificat mèdic, pauta i autorització familiar.  
En cas de què el diagnòstic descrit en aquest document pateixi alguna variació, cal informar urgentment al tutor/a de l'escola.



## AUTORITZACIÓ PER A L'ADMINISTRACIÓ DE PARACETAMOL EN HORARI LECTIU I DE MENJADOR

---

Jo ..... amb DNI/NIE/Pass .....,  
pare, mare, tutor/a legal de l'alumne/a.....  
del grup-classe .....

**AUTORITZO** sota la meva responsabilitat al mestre/a, tutor/a, monitor/a de l'escola a administrar al meu fill/a PARACETAMOL, en el cas que superés els 38º de temperatura i no se'ns hagi localitzat.

Cal que indiqueu la dosi o pes del nen/a:

NOM DEL MEDICAMENT	DOSI (ml) o Pes (kg)
Paracetamol	

Signatura del pare/mare/tutor/a legal

Barcelona, ..... de/d' .....20.....