



IES Politècnic

FULL DE DADES MÈDIQUES

DADES DE L'ALUMNE/A

LLINATGES		NOM
DNI/NIE/PASSAPORT	CORREU ELECTRÒNIC	TELÈFON MÒBIL

DADES DEL PARE/TUTOR

LLINATGES		NOM
DNI/NIE/PASSAPORT	CORREU ELECTRÒNIC	TELÈFON MÒBIL
DIRECCIÓ	POBLACIÓ	CODI POSTAL

DADES DE LA MARE/TUTORA

LLINATGES		NOM
DNI/NIE/PASSAPORT	CORREU ELECTRÒNIC	TELÈFON MÒBIL
DIRECCIÓ	POBLACIÓ	CODI POSTAL

A. Pateix l'alumne/a alguna de les següents malalties?

SI ☐ NO ☐

En cas afirmatiu marcau-la/les amb una X:

- ☐ Cardiopatia congènita
- ☐ Epilepsia
- ☐ Asma
- ☐ Anafilaxi
- ☐ Diabetis

En cas afirmatiu, està donat d'alta al programa Alerta Escolar? SI ☐ NO ☐

Requereix medicació? SI ☐ NO ☐

B. Té l'alumne/a algun (altre) problema de salut diagnosticat?

En cas afirmatiu, requereix medicació? SI ☐ NO ☐

Aquesta medicació s'ha d'administrar durant l'horari escolar? SI ☐ NO ☐

Observacions:

Signatura del pare/tutor

Signatura de la mare/tutora