

DADES DE L'ALUMNE/A

Llinatges		Nom		DNI
Data de naixement		Localitat		
Província		Nacionalitat		
Domicili		Localitat	Codi Postal:	
Núm. Seg. Social	Núm. Germans menors:	Núm. germans majors:	Autorització ús d'imatge: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

DADES DEL PARE/TUTOR

Llinatges		Nom		DNI
Data de naixement		Localitat		Codi Postal
Província		m@il:	Custòdia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Domicili		Professió	Data de naixement:	
Núm. Seg. Social		Altres telèfons:		

DADES DE LA MARE/TUTORA

Llinatges		Nom		DNI
Data de naixement		Localitat		Codi Postal
Província		m@il:	Custòdia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Domicili		Professió	Data de naixement:	
Núm. Seg. Social		Altres telèfons:		

OBSERVACIONS MÈDIQUES

MALALTIES	Pateix alguna malaltia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Quina o quines?
	Quins són els símptomes? (com ho reconeixem si passa a l'escoleta?)
	Com s'ha d'actuar si passa a l'escoleta?
MEDICAMENTS	Es al·lèrgic a algun medicament? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	A quins?
	Pot prendre apiretal, dalsy...? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALIMENTACIÓ	Es al·lèrgic a algun menjar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	A quins?