

FITXA DE SALUT

Nom i cognoms: _____

Nº de DNI: _____

Nº de la targeta sanitària: _____

Antecedents patològics personals: Sí ☐ No ☐

(En cas afirmatiu, indicar quin/s) _____

Impediments físics o psíquics: Sí ☐ No ☐

(En cas afirmatiu, indicar quin/s) _____

Al·lèrgies, intoleràncies o dieta especial: Sí ☐ No ☐

(En cas afirmatiu, indicar quina/nes) _____

Medicació habitual: Sí ☐ No ☐

(En cas afirmatiu, indicar el nom, dosis i periodicitat) _____

Altres observacions: _____

Signatura

Data

Nom, cognoms i DNI (pare, mare o tutor/a legal)