



**DECLARACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT DE L'ALUMNE/A**

En/Na \_\_\_\_\_ ab DNI \_\_\_\_\_

pare/mare o tutor de l'alumne/a \_\_\_\_\_

(Cal marcar una de les dues opcions)

1. **DESCONEC** que el meu fill/a pateixi cap deficiència ni malaltia que li impedeixi practicar l'assignatura **d'Educació Física** ni cap altre activitat escolar.

2. **INFORMO** que el meu fill/a té la/les malaltia/es o deficiència/es física/ques que tot seguit es relacionen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

que l'impedeixen practicar les activitats que a continuació es relacionen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gavà, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Signatura



En/Na \_\_\_\_\_ amb DNI \_\_\_\_\_  
pare/mare o tutor de l'alumne/a \_\_\_\_\_

**DECLARO** que les següents dades, en relació a l'alimentació, al·lèrgies i malalties són certes.

Pren algun medicament? SI  NO

En cas afirmatiu, de quin medicament/s es tracta?

A quines hores?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Té alguna al·lèrgia? SI  NO

En cas afirmatiu, de quina al·lèrgia es tracta?

Què s'ha de fer en cas de crisi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Segueix algun règim alimentari especial? Quin?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si té alguna malaltia que requereixi un tractament especial, expliqui què s'ha de fer.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gavà, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Signatura