



# FITXA DE SALUT 2017

## DADES DE SALUT

Té problemes d'adaptació a casa?  SÍ  NO De quin tipus?.....  
Té por?  SÍ  NO A què?.....  
És obert/comunicatiu?  SÍ  NO Sap jugar i entretenir-se sol?  SÍ  NO.....  
Té bona relació amb els familiars?  SÍ  NO I amb altres nois i noies?  SÍ  NO.....  
A l'escola, té problemes de rendiment?  SÍ  NO I de conducta?  SÍ  NO.....  
Activitats extraescolars.....  
.....

Pateix alguna malaltia crònica? (al·lèrgia, asma, epilèpsia, problemes quirúrgics,...) Quina?.....  
Té problemes amb la vista o oïda? Quins?.....  
Té alguna dificultat motriu? (peus plans,...) Quina?.....  
Té alguna disminució? (física, psíquica, sensorial) Quina?.....  
Es posa malalt amb freqüència? De què?.....  
Té problemes de control d'esfínters?  SÍ  NO Quin horari segueix?.....  
Pateix convulsions febrils?  SÍ  NO.....  
Es fatiga fàcilment?  SÍ  NO Dorm bé?  SÍ  NO Quantes hores (normalment)?.....  
Menja  molt  poc  de tot  poques coses  
Hi ha algun aliment que no pugui menjar? Quins?.....  
Segueix algun règim especial? Quin?.....  
Sap nedar?  SÍ  NO Es mareja fàcilment?  SÍ  NO  
Pren alguna medicació especial? Quina i amb quina administració?.....

## OBSERVACIONS (de tot tipus!)

.....  
.....  
.....

## CERTIFICAT MÈDIC (a omplir pels pares o pel metge)

En/na..... amb DNI nº .....  
certifica que tota la informació donada és certa i conforme a la realitat i que l'infant.....  
.....està protegit amb les vacunes assenyalades a la  
normativa vigent.

Data

SIGNATURA