



FITXA DE SALUT

Nom complet:

DNI:

Assegurança d'accidents:

En cas d'accident portar a (direcció centre sanitari):

Telèfon de contacte:

Malalties importants:

Al·lèrgies a medicaments:

Presa de medicament diari:

Ús d'inhalador:

| El/la participant té o ha tingut: | SI | NO |
|---|----|----|
| Arrítmies o una altra malaltia cardiovascular | — | — |
| Insuficiència respiratòria | — | — |
| Asma bronquial | — | — |
| Convulsions | — | — |
| Diabetis | — | — |
| Lesió osteomuscular recent | — | — |
| Hiperactivitat | — | — |
| Hipoacúsia | — | — |
| Trastorn de l'espectre autista | — | — |