



## Informació Mèdica

- Nom del nen/a .....

- Data de naixement ...../...../.....



- Té al·lèrgies? .....

- A quins medicaments? .....

- A quins aliments?.....

- Altres tipus d'al·lèrgia .....

- Pateix alguna malaltia crònica? Quina?.....

- Anoteu si el/la vostre/a fill/a ha de prendre algun medicament  
Quin/s .....Vegades al dia?.....

### OBSERVACIONS:

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