



NOM	COGNOMS
DATA DE NAIXEMENT	LLOC
DNI	TARJETA SANITÀRIA
ADREÇA	MUNICIPI
TELÈFON FIXE	TELÈFON MÒBIL
ALTRES TELÈFONS	E-MAIL
PARE/MARE/TUTOR LEGAL	COGNOMS
DNI	

DADES MÈDIQUES		
PATEIX ALGUNA MALALTIA CRÒNICA? QUINA?	SÍ	NO
PATEIX ALGUNA AL. LÈRGIA? QUINA?	SÍ	NO
PREN ALGUNA MEDICACIÓ? QUINA?	SÍ	NO
HA PATIT ALGUN EPISODI ASMÀTIC?	SÍ	NO

SIGNAT PARE/MARE O TUTOR LEGAL

_____ a _____ de _____ del 2020

CAL PORTAR FOTOCÒPIA DEL DNI I TARJETA SANITÀRIA