



# AJUNTAMENT DE FAVARA

## INFORME DE SALUT DE L'ALUMNE/A

### DADES DE L'ALUMNE/A

Primer cognom

Primer apellido

Segon cognom

Segundo apellido

Nom

Nombre

Data de naixement

Fecha de nacimiento

dia / día

mes / mes

any / año

Adreça

Dirección

Municipi

Municipio

Codi Postal

Código Postal

Província

Provincia

Àrea de Salut

Área de Salud

PES

kg

TALLA

cm

EDAT

anys

SEXE

1 Mas

2 Fem

SITUACIÓ VACUNAL

SITUACIÓN VACUNAL

correcta

incorrecta

desconeguda

| EXAMEN DE SALUT / EXAMEN DE SALUD       | NORMAL                      | ALTERACIÓ                   |                            |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
|   |                             | JÀ CONEGUDA                 | DETECTADA EN AQUEST EXAMEN |
| DESENVOLUPAMENT PSICOMOTOR              |                             |                             |                            |
| APARELL CARDIOCIRCULATORI               |                             |                             |                            |
| APARELL RESPIRATORI                     |                             |                             |                            |
| APARELL LOCOMOTOR                       |                             |                             |                            |
| VISIÓ                                   |                             |                             |                            |
| AUDICIÓ                                 |                             |                             |                            |
| EXPLORACIÓ BUCODENTAL                   |                             |                             |                            |
| INTOLERÀNCIA O AL·LÈRGIA A MEDICAMENTS? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                            |
| ALTRES PROBLEMES DE SALUT               | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                            |

Observacions d'interès per al centre educatiu: / Observaciones de interés para el centro educativo:

Sra. / Sr.:

....., llicenciada/at en Medicina i Cirurgia,  
....., licenciada/do en Medicina y Cirugía,

col·legiada/at a  
colegiada/do en

amb el núm.  
con el nº

..... de maig de 2016

Signatura / Firma