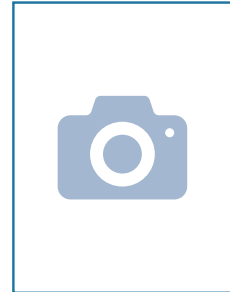




Informació Mèdica

- 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/sVegades al dia?.....

OBSERVACIONS:

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