

FITXA MÈDICA

Nom

Cognoms.....

Data de naixement

Té al·lèrgies a:

Té intoleràncies a:

MEDICAMENTS

ALIMENTS

*** Cal administrar-li el medicament**

En cas que:

Adjunteu l'informe del metge que hagi portat la família.

Nom i cognoms.....

DNI.....

SIGNATURA