

FULL D'OBSERVACIONS

NOM DEL NEN/A:.....

CURS:.....

AL.ERGIES:(pins, menjar, etc...)

.....

.....

**Tota al·lèrgia o Intolerància alimentària
ha d'anar acompanyada del **Certificat
Mèdic.****

ENURESIS: SI NO

AL.LERGIES MEDICAMENTS:

.....

.....

QUALSEVOL COSA QUE SIGUI IMPORTANT SABER:

.....

.....