**FITXA DE SALUT**

Nom complet:

DNI:

En cas d'accident portar a (direcció centre sanitari):

Telèfon de contacte:

Malalties importants:

Al·lèrgies a medicaments:

Presa de medicament diari:

Ús d'inhalador:

El/la participant té o ha tingut: SI NO

Arrítmies o una altra malaltia cardiovascular \_\_ \_\_

Insuficiència respiratòria \_\_ \_\_

Asma bronquial \_\_ \_\_

Convulsions \_\_ \_\_

Diabetis \_\_ \_\_

Lesió osteomuscular recent \_\_ \_\_

Hiperactivitat \_\_ \_\_

Hipoacúsia \_\_ \_\_

Trastorn de l'espectre autista \_\_ \_\_