

## RESUM MÈDIC DE L'INFANT

- **Dades de l'infant:**

- Nom i cognoms: \_\_\_\_\_
- Data de naixement: \_\_\_\_\_
- Telèfons de contacte: \_\_\_\_\_
- Correu electrònic: \_\_\_\_\_

- **Respon SI o NO els següents aspectes relacionats amb l'infant:**

Es dutxa sol/a		Porta ulleres	
Es vesteix i desvesteix sol/a		Porta plantilles	
Es cansa fàcilment		Porta aparells d'ortodòncia	
Sap nedar		Es mareja en transport	
Menja sol/a		Té facilitat per vomitar	
Ha de fer dieta especial		Pateix de mal de cap	
Pateix de restrenyiment		Tendeix a sagnar pel nas	
Està al corrent de les vacunes		Té la menstruació	

**Observacions d'aquest apartat:**

- **¿L'infant té cap tipus d'al·lèrgia i/o intolerància? SI \_\_\_ NO \_\_\_**

A què? \_\_\_\_\_  
Tractament necessari \_\_\_\_\_

- **L'infant pateix alguna malaltia crònica i/o discapacitat? SI \_\_\_ NO \_\_\_**

Quina? \_\_\_\_\_

- **Necessita prendre cap medicament? SI \_\_\_ NO \_\_\_**

Quin? \_\_\_\_\_

- **Explica altres observacions útils per l'equip de monitor@s:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sant Feliu de Llobregat, de del 2016-2017

Signatura del pare, mare o tutor/ra legal

**Club d'Esplai Diversitat Lúdica**