



FIȘĂ MEDICALĂ

Pentru a fi informați asupra oricărei cerințe speciale a elevilor participanți, vă rugăm să completați acest formular:

Telefon în caz de urgențe:

Mamă(Nume complet):..... Telefon mobil:.....

Tată(Nume complet):..... Telefon mobil:.....

Altele:

Este important să fim înștiințați dacă aveți alergii la anumite alimente sau medicamente, aveți alte probleme de sănătate sau de nutriție sau țineți o dietă alimentară.

• Aveți vreo problemă de sănătate sau alergie (astm, etc.) despre care trebuie să fim informați?

☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da“, vă rugăm să detaliați:

.....

• Urmați o medicație regulată?

☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da“, vă rugăm să detaliați:

.....

• Aveți alergii medicamentoase, în special la aspirină, paracetamol, ibuprofen?

☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da“, vă rugăm să detaliați:

.....

• Aveți alergii alimentare?

☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da“, vă rugăm să detaliați:

.....

• Urmați un regim alimentar?

☐ Da ☐ Nu

Dacă „Da“, vă rugăm să detaliați:

.....

Semnătură elev(ă),

Semnătură părinte/tutore legal,