

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:



FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:



FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:



FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data:

FULL DE MEDICACIÓ

Nom i cognoms del participant:

- Tens malalties cròniques?
- Prens alguna medicació?
- Fas algun regim alimentari?
- Al·lèrgies e intoleràncies:

Tutor/ Pare/Mare

Data: