



Plaza Madreselva, 8.
03114 Bacarot
Alicante
tel.: + 34 965 937 145
03009816@gva.es



QÜESTIONARI DE SALUT GENERAL

COGNOMS:	NOM:
CURS:	DATA DE NAIXEMENT:

Aquests questionari té com a finalitat conèixer el més aproximadament l'estat físic del su fill/a a fi d'evitar en la mesura del possible, lesions i previndre possibles problemes.

Té el seu fill/a problemes cardiovasculars? (Soplos, Anèmia, Taquicardia, etc.)	SÍ	NO
Té qualsevol tipus de problema respiratori? (Asma, Al·lèrgia, Tos freqüente, etc.)	SÍ	NO
Manifesta problemes d'ossos i/o articulacions? (Reuma, Artritis, etc.)	SÍ	NO
Sofreix qualsevol alteració de la columna vertebral? (Escoliosis, Cifosis, Lordosis, etc.)	SÍ	NO
Sofreix qualsevol problema de tipus nerviós? (Epilepsia, etc.)	SÍ	NO
Té qualsevol problema visual i/o auditiu? (Miopia, Astigmatisme, Sordera, etc.)	SÍ	NO
Sofreix qualsevol deformació als peus? (Peus plans, Cavos, etc.)	SÍ	NO
Qualsevol trastorn o problema que vosté crega convenient que hem de tindre present	SÍ	NO
Explicar en cas afirmatiu:		

Per això, sol·licitem que ens ajude a tenir un bon coneixement omplint el qüestionari que els proposem. Aquest qüestionari serà confidencial i té que ser donat al tutor/a de l'alumne/a. Marca la resposta afirmativa.

Signat

Sr./Sra. _____





Plaza Madreselva, 8.
03114 Bacarot
Alicante
tel.: + 34 965 937 145
03009816@gva.es



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

APELLIDOS:		NOMBRE:	
CURSO:		FECHA DE NACIMIENTO:	

Este cuestionario tiene como finalidad conocer lo más aproximadamente el estado físico de su hijo/a a fin de evitar lesiones y prevenir posibles problemas.

¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares? (Soplos, Anemia, Taquicardia, etc.)	SÍ	NO
¿Tiene algún tipo de problema respiratorio? (Asma, Alergia, Tos frecuente, etc.)	SÍ	NO
¿Manifiesta algún problema de huesos y/o articulaciones? (Reuma, Artritis, etc.)	SÍ	NO
¿Sufre alguna alteración de la columna vertebral? (Escoliosis, Cifosis, Lordosis, etc.)	SÍ	NO
¿Sufre algún problema de tipo nervioso? (Epilepsia, etc.)	SÍ	NO
¿Tiene algún problema visual y/o auditivo? (Miopia, Astigmatismo, Sordera, etc.)	SÍ	NO
¿Sufre alguna deformación en los pies? (Pies planos, Cavos, etc.)	SÍ	NO
Cualquier trastorno o problema que Ud. crea conveniente que hayamos de tener presente.	SÍ	NO

Explicar en caso afirmativo:

Por ello, le solicitamos que nos ayude a tener un buen conocimiento rellenando el cuestionario que les proponemos. Este cuestionario será confidencial y debe ser dado al tutor/a del alumno/a. Marca la respuesta que consideréis afirmativa.

Firmado

Sr./Sra. _____

