



Dades personals:

Nom del nen/a: _____ Edat: _____

Nom del pare/mare _____ Telèfon contacte: _____

Email: _____

Adaptacions: (posar una X)

- Ulleres
- Fèrules
- Cadira de rodes
- Altres _____

Al·lèrgies conegudes _____

Medicació i administració _____

Característiques generals del nen/a (comunicació, vestir-se, etc...)

A l'hora de menjar, presenta dificultats? Necessita ajuda? Quin tipus d'assistència?

A l'hora de banyar-se, és autònom? Porta flotador? Manguitos? Quina assistència necessita?

Vindrà al casalet (posar una X)

- | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primera setmana | <input type="checkbox"/> només matí | <input type="checkbox"/> tot el dia |
| <input type="checkbox"/> Segona setmana | <input type="checkbox"/> només matí | <input type="checkbox"/> tot el dia |
| <input type="checkbox"/> Dies solts: _____ | | |

Altres comentaris d'interès

Firma i data

Katrin Kopperschmidt: 600 40 11 18

www.equinoterapia.es