



DATOS PERSONALES, DE SALUD Y AUTORIZACIÓN DE PERSONAS PARA SALIDA DEL CENTRO

ALUMNO/A

Apellidos: _____ Nombre: _____ Curso _____ Fecha Nac: _____
 Domicilio: c/ _____ nº: _____ Barrio/Municipio: _____
 Tlf de domicilio(solo fijo): _____ **Tlf móvil para informar ausencias o retrasos:** _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR:

Apellidos: _____
 Nombre: _____
 Fecha nac: _____ DNI/NIE: _____
 Estudios: _____
 Profesión: _____
 Tlf. Trabajo: _____ Móvil: _____
 Correo electr.: _____

DATOS DE LA MADRE O TUTORA:

Apellidos: _____
 Nombre: _____
 Fecha nac: _____ DNI/NIE: _____
 Estudios: _____
 Profesión: _____
 Tlf. Trabajo: _____ Móvil: _____
 Correo electr.: _____

Es muy importante que los teléfonos estén actualizados para poder localizar en caso de ENFERMEDAD ACCIDENTE O EMERGENCIA, y añadir otros teléfonos por si fuese urgente contactar con algún familiar u otra persona autorizada.

Otros teléfonos de contacto de personas autorizadas a recoger a sus hijos/as (que deben estar relacionadas en la página siguiente con sus DNI/NIE).

Por favor, escribir por orden de preferencia y por mayor probabilidad de contacto:

PARENTESCO							
TELÉFONO	Nº1		Nº2		Nº3		Nº4
PARENTESCO							
TELÉFONO	Nº5		Nº6		Nº7		Nº8

DATOS SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO/A

Por favor, señale si su hijo/a padece alguna de las enfermedades que a continuación se señalan o alguna otra que usted considera importante (Marque con una **X** y escriba las observaciones).

Asma	Observaciones:
Epilepsia	Observaciones:
Diabetes	Observaciones:
Alergias	Especificar a qué: _____ Observaciones:
Otras	Especificar: _____ Observaciones:

Nota: Si lo considera oportuno, presente el informe médico correspondiente a la enfermedad indicada.

