

DATOS MÉDICOS Y DE SALUD DEL ALUMNO ⁽¹⁾

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____

FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA

¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN MEDICAMENTO? ⁽²⁾

¿ES ALÉRGICO/A A ALGÚN ALIMENTO? ⁽²⁾

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? (asma, diabetes, problemas de corazón, epilepsia ...) ⁽²⁾

OTROS DATOS SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO/A QUE DEBAMOS TENER EN CUENTA:

Yo, _____ con DNI: _____
Padre/madre/tutor/tutora _____ del
alumno/alumna _____ doy fe de que la
información suministrada es correcta y que es suficiente para el conocimiento de las circunstancias de
salud del alumno/a.

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

Firma:

- (1) Cuando exista algún cambio en las circunstancias de salud del alumno/a debe ser comunicado a la Secretaría del Centro adjuntando el informe médico que lo certifique.
- (2) Cualquier alergia o enfermedad que debamos tener en cuenta deben ser justificadas con el informe médico correspondiente.