



FICHA MÉDICA PERSONAL

DATOS DEL ALUMNO/A	
ALUMNO/A:	
CURSO:	GRUPO:
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:	DNI/NIE:
TELÉFONOS DE CONTACTO:	Padre
	Madre
	Otros
DATOS MÉDICOS	
¿SUFRE SU HIJO/A ALGUNA PATOLOGÍA RELEVANTE? (ESPECIFICAR CUÁL)	
¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO O SE DEBE TENER ALGO EN CUENTA CON RESPECTO A ESA PATOLOGÍA O A OTRA?	
¿DESEA HACER ALGUNA OBSERVACIÓN MÉDICA SOBRE SU HIJO QUE SE DEBA TENER EN CUENTA?	

Granadilla de Abona, a de de 20__

Firma del padre, madre o tutor legal: