

ALUMNO/A: ..... CURSO:.....

Fecha de nacimiento: ..... Nº Cartilla de la Seguridad Social: .....

Padre/madre/tutor legal: .....DNI: .....

Teléfonos de contacto en horario escolar: 1 ..... - 2 ..... - 3 ..... - 4 .....

DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO/A

¿Sufre su hijo/a alguna de estas patologías? (En caso afirmativo marcar )

<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	MIGRAÑA	<input type="checkbox"/>	ARRITMIA CARDIACA	<input type="checkbox"/>	HEMOFILIA
--------------------------	------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	OTRAS (indicar)										
--------------------------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es alérgico a alguno de estos medicamentos?

<input type="checkbox"/>	PENICILINA	<input type="checkbox"/>	ASPIRINA	<input type="checkbox"/>	PARACETAMOL
--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------

<input type="checkbox"/>	OTROS (indicar)										
--------------------------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Está sometido su hijo/a a algún tratamiento médico o farmacológico? (indicar en caso afirmativo)

.....

.....

¿Lleva su hijo/a alguna alimentación especial (Vegetariana, alimentos prohibidos)? (indicar en caso afirmativo)

.....

.....

¿Desea hacer alguna observación sobre su hijo/a que se deba tener en cuenta?

.....

.....

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos aquí manifestados a la vez que me comprometo a notificar al Colegio cualquier cambio de importancia que se produzca con respecto a esta ficha médica y a realizar, si procede, el protocolo correspondiente.

Granadilla de Abona, ..... de ..... de .....

Fdo: .....