



SERVICIO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

FICHA DE SALUD CURSO 20 -20

APELLIDOS.....NOMBRE.....

DOMICILIO.....Nº.....PTA.....

POBLACIÓN.....C.P.....PROVINCIA.....

FECHA DE NACIMIENTO..... /..... /..... SIP.....

PADRE/MADRE/TUTOR.....

TELÉFONOS DE CONTACTO:/...../.....

CALENDARIO VACUNAL CORRECTO

SI

NO

ALERGIAS Y TRATAMIENTOS (Se ruega informe, si procede)

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA Y ACTUALES (Se ruega informe, si procede)

AUTORIZACIÓN: Autorizo a los Servicios Médicos y de Enfermería del Complejo Educativo de Cheste, a atender a mi hijo/a tomando las decisiones médico/enfermería oportunas.

.....a.....de.....del

FIRMA PADRES O TUTORES