

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./DÑA. _____ con DNI nº

_____ representante legal del alumno/a

_____ con DNI nº

_____ declara que el alumno/a:

SÍ padece alguna enfermedad crónica de la que el centro deba estar informado.

NO padece ninguna enfermedad crónica de la que el centro deba estar informado.

En caso afirmativo y precisando tenerlo en cuenta el centro escolar, se adjunta documentación médica al respecto.

En Benejúzar, a _____ de _____ de 20__

Firma del padre o representante legal:

Firma de la madre o representante legal: