

CUESTIONES MÉDICAS

Alumno/a: _____

¿Tiene algún tipo de alergia? (Rodear la respuesta)

a. Componente alimenticio: **SÍ** **NO**

Especifique: _____

Tratamiento: _____

b. Medicamento: **SÍ** **NO**

Especifique: _____

Tratamiento: _____

c. Otra: **SÍ** **NO**

Especifique: _____

Tratamiento: _____

1. ¿Está exento de realizar algún tipo de actividad física y deportiva en la escuela por algún motivo? **SÍ **NO****

En caso afirmativo, indique cuál: _____

2. ¿Se encuentra actualmente en tratamiento? **SÍ **NO****

En caso afirmativo, indique cuál: _____

3. ¿Padece o ha padecido ataques epilépticos? **SÍ **NO****

4. ¿Tiene problemas respiratorios? **SÍ **NO****

Declaro bajo mi responsabilidad, que los datos consignados son ciertos y me comprometo a notificar cualquier cambio sobre el cuestionario que pudiera producirse durante el curso escolar. Por otro lado, autorizo a mi hijo/a a realizar las actividades físicas para este curso escolar incluidas en la P.G.A.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A	FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A