

CIRCULAR 5

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A

CURSO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A: _____

Fecha de nacimiento: _____ Curso: _____

En caso de URGENCIA AVISAR A: _____ Tlf: _____

_____ Tlf: _____

El alumno/a, ¿tiene algún tipo de alergia o intolerancia? _____ ¿Cuál? _____

¿Padece alguna ENFERMEDAD CRÓNICA? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

¿Toma algún tipo de medicación de forma habitual? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Cualquier dato que considere de interés, pueden añadir la información a continuación.

FIRMA PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL