
FICHA MÉDICA

_____ con DNI _____ madre, padre o tutor/a
legal de el alumno/a _____ , apporto estos
datos. Serán válidos hasta que se indique algún cambio.

Fecha de nacimiento:		SIP:
Alergias o intolerancias		
Enfermedades		
Medicación		
Observaciones		

- En caso de alergias, intolerancias o enfermedades **ADJUNTAR informe médico.**
- En caso de requerir medicación en horario escolar, aportar al centro el Anexo V relleno por los familiares y el Anexo IV relleno por el médico de la Resolución de 13 de junio de 2018, sobre la atención sanitaria en centros educativos.

Firma: _____

Alaquàs ___ de _____ de _____