

INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A: _____

¿EL ALUMNO/A PADECE ALGÚN TIPO DE ALERGIA/ENFERMEDAD QUE DEBA CONOCER
EL CENTRO?

NO

SÍ

SÍ ADJUNTO INFORME MÉDICO

NO ADJUNTO INFORME MÉDICO

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD/ALERGIA QUE DEBE CONOCER EL CENTRO

Firma padre/madre o tutor/a

Ibi, ____ de _____ de 20____