

HOJA DE DATOS MÉDICOS / FULL DE DADES MÈDIQUES

Nombre del alumno/a: _____
Nom de l'alumne/a: _____

- 1- ¿Presenta algún problema físico especial que se deba tener en cuenta? (en columna vertebral, pies planos,...)
Presenta cap tipus de problema físic especial a tenir en compte? (a la columna vertebral, peus plans,...)

- 2- ¿Padece algún tipo de alergia? (especificar)
Pateix cap tipus d'al·lèrgia? (especificar)

- 3- ¿Padece algún tipo de enfermedad crónica o a tener en cuenta para su bienestar y protección? (especificar)
Pateix cap tipus de malaltia crònica o a tenir en compte per al seu benestar i protecció? (especificar)

- 4- ¿Existe alguna otra información sobre su salud que considere relevante y de la cual deba informar al centro?
Existeix cap altra informació sobre la seua salut que considere rellevant i de la qual ha d'informar al centre?

Al firmar este cuestionario, autorizo al centro docente a proporcionar la información contenida en este formulario al centro de salud a los efectos de coordinación sanitaria.

En signar aquest qüestionari, autoritze al centre docent a proporcionar la informació continguda en aquest formulari al centre de salut als efectes de coordinació sanitària.

En Crevillent a _____ de _____ de 20 _____ -

Firma/signatura progenitor 1
Nombre/Nom:

Firma/signatura progenitor 2
Nombre/Nom:

Firma/signatura tutor(a)
Nombre/Nom:

Firma alumno(a)/ signatura alumne(a)

Nombre/Nom:

*En el caso que el/la alumno/a sea mayor de edad/ En el cas que l'alumne/a siga major d'edat