

IMPRESO DE SALUD

D/D^a _____
como padre/madre/tutor del alumno/a _____
_____ matriculado/a en este centro para el curso escolar
2024/2025 en el CURSO _____ .

Hago constar que mi hijo/a:

<input type="checkbox"/>	-No es alérgico a ningún medicamento
<input type="checkbox"/>	-Es alérgico a: _____

<input type="checkbox"/>	-No padece ninguna enfermedad que necesite tratamiento especial
<input type="checkbox"/>	-Padece esta enfermedad: _____
<input type="checkbox"/>	Y necesita: _____

Firma del padre/madre/tutor/a.

En _____, a ____ de _____, de 2024