

IMPRESO DE SALUD

D/D^a _____
como padre/madre/tutor del alumno/a _____
_____ matriculado/a en este centro para el curso
escolar 2025/2026 en el CURSO _____.

Hago constar que mi hijo/a:

	-No es alérgico a ningún medicamento
	-Es alérgico a:
	-No padece ninguna enfermedad que necesite tratamiento especial
	-Padece esta enfermedad:
	Y necesita:

Firma del parente/madre/tutor/a.

En _____, a ____ de _____, de 2025