

## **IMPRESO DE SALUD**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
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:

<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 2025