

INFORMACIÓN MÉDICA DEL ALUMNO

A DEVOLVER DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA (EN MAYÚSCULAS) EN LA SECRETARÍA DEL CENTRO

Apellidos..... Nombre.....

Dirección.....

Localidad..... Fecha Nacimiento.....

Número de la Seguridad Social:.....

A las siguientes cuestiones debe seleccionar la respuesta más adecuada a la situación real del alumno:

1. ¿Padece algún tipo de alergia o intolerancia? (SI / NO)

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos

2. ¿Padece asma o alguna dificultad respiratoria? (SI / NO)

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos

3. Otras consideraciones que crea oportuno exponer (Déficit de atención, TDAH, otros, tratamientos...)

4. Compañía sanitaria privada a la que pertenece (si procede)

Deben adjuntarse copias de los informes médicos asociados a las situaciones descritas.