

FICHA MÉDICA

Nombre y apellidos del alumno/a.....
.....

Nombre y apellidos del padre o madre.....
.....

Teléfonos de contacto.....

Su hijo padece alguna enfermedad **SI** **NO**

Tipo de enfermedad.....
.....

Su hijo padece alguna alergia **SÍ** **NO**

¿A qué?.....

Su hijo necesita medicación **SÍ** **NO**

Autorizo a su administración de la siguiente manera.....
.....
.....

¿Sabenadar?: **SÍ** **NO**

¿Lleva lentillas, gafas, prótesis auditivas, prótesis dentales? ¿Requiere de algún cuidado especial? **SÍ** **NO**

.....
.....

¿Tiene puestas todas las vacunas? ¿Ha sido tratado con la antitetánica? **SÍ** **NO**

.....

Rellenar y enviar por email: complejurallaslomasdebiar@gmail.com