



## Formulario de información sanitaria

EDUCACIÓN	NIVEL	GRUPO
-----------	-------	-------

### Datos do alumno/a

NOME E APELIDOS		DATA DE NACEMENTO
NOME E APELIDOS DA NAI E PAI OU TITORES LEGAIS		
ENDEREZO		LOCALIDADE
C. P.	CONCELLO	PROVINCIA

### Teléfonos de contacto

EMERXENCIAS	
NAI / TITORA LEGAL	
PAI / TITOR LEGAL	
OUTROS	

### Patoloxías (SINALE CUN X)

Alerxia\*  
  Intolerancia\*  
  Diabetes/Hipoglicemia  
  Epilepsia  
  Shock Anafiláctico  
  Asma  
  Outras\*

### Observacións (\*ESPECIFIQUESE)

Declaro que son certos os datos reflectidos neste formulario e autorizo expresamente que unha copia do mesmo quede custodiada no centro escolar e sexa empregada polo persoal dependente do mesmo para o cumprimento dos fins do programa de ALERTA MÉDICA, de acordo co disposto polo Consello Escolar do propio centro.

De ser o caso, **facilitarei os correspondentes informes médicos e todas as instrucións e indicacións que fosen precisas.**

Arteixo, ..... de ..... de 20.....

Asdo.: .....

Asdo.: .....

DNI nº:.....

DNI nº:.....