

## DATOS DE SAÚDE RELEVANTES

(Faga constar aqueles datos relativos á saúde do seu fillo/a que considere que o persoal do centro debe coñecer)

- Presenta o seu fillo/a algún problema de desenvolvemento motórico, de linguaxe ou cognitivo?

En caso afirmativo, indicar cal: .....

.....  
.....  
.....

- Padece algunha alerxia?

En caso afirmativo, indicar cal: .....

.....  
.....  
.....

- Padece algunha outra doenza?

En caso afirmativo, indicar cal: .....

.....  
.....  
.....

- Outras observacións: .....

.....  
.....  
.....

Salcedo, ..... de ..... de 20.....

Asdo.: .....