



FICHA DE DATOS DO ALUMNADO CON PATOLOXÍAS CRÓNICAS

Nome do alumno/a			
Sexo: masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>			
Nome do pai/nai ou titores legais			
Enderezo			
Localidade	C.P.	Concello	Provincia
Teléfonos de contacto Domicilio: Móbil:			
Alerxia/intolerancia alimentaria <input type="checkbox"/> (especificíquese)			
Diabetes/Hipoglicemia <input type="checkbox"/>			
Epilepsia <input type="checkbox"/>			
Outras (especificíquese)			
Observacións			