



FICHA INFORMATIVA DATOS MÉDICOS

Calquera circunstancia das que facemos referencia a continuación, debe acompañarse do correspondente informe ou xustificante médico. Esta información terá carácter reservado.

DATOS DO/A ALUMNO/A

Nome e Apelidos: _____

Data de nacemento: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Padece algunha enfermidade crónica? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Tivo algún desmaio con perda de coñecemento?..... | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| É diabético/a? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Sofre ataques convulsivos ou epilepsia? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Padece algunha enfermidade pulmonar (asma)? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Foi operado/a algunha vez? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| É alérxico/a a algo? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Toma algún medicamento de xeito regular? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Hai algún motivo que impida a práctica de exercicio físico? | SI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

No caso de haber algunha variación nos datos facilitados, pregamos que o comuniquen por escrito ao centro coa maior brevidade.

OBSERVACIÓNS

.....

.....

.....

.....

.....

.....