



FICHA MÉDICA

Nome e apelidos do/a alumno/a _____

Curso _____ Data de nacemento _____

En caso de urxencia avisar a: Nome _____ Teléfono _____

Os datos presentes nesta ficha son confidenciais e estarán ao alcance dos /as mestres/as para poder atender ao seu fillo/sua filla e axudarán ás mestras de Educación física e psicomotricidade para o desenvolvemento correcto da súa materia.



CALENDARIO DE VACINACIÓN COMPLETO

Achegar copia

SI

non



ALERXIA INTOLERANCIA

En caso afirmativo aportar documentación

SI _____

non

PADECE ALGUNHA ALTERACIÓN SANGUÍNEA

Indicar cal

SI _____

non



PADECE ALGÚN TIPO DE ENFERMIDADE

Diabetes

Epilepsia

Cardiopatías

Respiratorias

Shock anafilácticos

Outras



PRESENTA ALGÚN PROBLEMA OSEO ARTICULAR

En caso afirmativo indicar cal

SI _____

non



PRESENTA ALGÚN PROBLEMA NA COLUMNA VERTEBRAL

En caso afirmativo indicar cal

SI _____

non

ESTÁ DADO DE ALTA EN ALERTA ESCOLAR



SI

non



PADECE ALGUNHA DEFORMACIÓN NOS PES

Indicar cal

SI _____

non

TIVO ALGUNHA INTERVENCIÓN CIRÚRXICA

Indicar cal

SI _____

non

OUTROS PROBLEMAS DE INTERESE QUE CONSIDERE NECESARIO DESTACAR

OBSERVACIÓNS

Segundo o artigo 24: Lesións e enfermidades das nosas Normas de Organización Funcionamento e Convivencia do centro

Todas as familias deben comunicar enfermidades do alumnado e con máis premura as contaxiosas. Se un/unha alumno/a non pode realizar educación física a familia debe notificalo ou ben entregando un parte médico ou unha xustificacón propia débese indicar o motivo polo cal non pode realizala lesión e o tempo estimado de non realización

Asinado :nai/pai/ titor/a Legal

Mosteirón a de do