



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/súa filla e axudarán ás mestras de Educación física e psicomotricidade para o desenvolvemento correcto da súa materia.



CALENDARIO DE VACINACIÓN COMPLETO

- SI
 non



ALERXIA INTOLERANCIA

En caso afirmativo aportar documentación

- SI _____
 non

PADECE ALGUNHA ALTERACIÓN
SANGUÍNEA

Indicar cal

- SI _____
 non



PADECE ALGÚN TIPO DE ENFERMIDADE

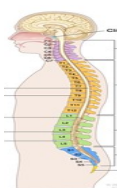
- Diabetes
 Epilepsia
 Cardiopatías
 Respiratorias
 Shock anafilácticos
 Outras



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