



FORMULARIO DE ALERTA MÉDICA E DOCUMENTACIÓN SANITARIA

EDUCACIÓN

NIVEL

DATOS DO ALUMNO/A

NOME E APELIDOS

DATA DE NACEMENTO

NOME E APELIDOS DO PAI, NAI OU TITOR/A LEGAL

ENDEREZO

LOCALIDADE

C.P.

CONCELLO

PROVINCIA

TELÉFONOS

DATOS FAMILIARES

PATOLOXÍAS (Sinale cun X)

Alerxia*

Intolerancia*

Diabetes/Hipoglicemia

Epilepsia

Shock Anafiláctico

Asma

Outras*

OBSERVACIÓNS

Declaro que son certas os datos reflectidos neste formulario e autorizo expresamente que unha copia do mesmo quede custodiada no centro escolar e sexa empregada polo persoal dependente do mesmo para o cumprimento dos fins do programa de ALERTA MÉDICA, de acordó co disposto polo Consello Escolar do propio centro.

De ser o caso, facilitarei os correspondentes informes médicos e todas as instrucións e indicacións que fosen precisas.

Coirós , de de 20.....

O pai, nai ou titor/a legal

Asdo.:

Documentación

Prégaselles que, co fin de actualizar datos, nos faciliten a documentación que aparece sinalada cun X.

Fotocopia da CARTILLA SANITARIA

Fotocopia da CARTILLA DE VACINACIÓNS