



## Formulario de información sanitaria

EDUCACIÓN	NIVEL	GRUPO
-----------	-------	-------

### Datos do alumno/a

NOME E APELIDOS		DATA DE NACEMENTO
NOME E APELIDOS DA NAI E PAI OU TITORES LEGAIS		
ENDEREZO		LOCALIDADE
C. P.	CONCELLO	PROVINCIA

### Teléfonos de contacto

EMERXENCIAS	
NAI / TITORA LEGAL	
PAI / TITOR LEGAL	
OUTROS	

### Patoloxías (SINALE CUN X)

<input type="checkbox"/> Alerxia*	<input type="checkbox"/> Intolerancia*	<input type="checkbox"/> Diabetes/Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Shock Anafiláctico	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Outras*					

### Observacións (\*ESPECIFIQUESE)

--

Declaro que son certos 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 acordo 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.**

Carral, ..... de ..... de 20.....  
O pai, nai ou titor/a legal

Asdo.: .....

DNI.....