

## FICHA MÉDICA\_Curso 2024-2025

*A cumprimentar polas persoas proxenitoras, titoras ou acolledoras no caso de alumnado menor de idade*

### DATOS DO ALUMNO/A

**Apelidos:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Curso:** \_\_\_\_\_

- ¿O seu fillo/a ten algún problema ou enfermidade que lle dificulte a realización de actividades físicas?

SI

NON

*Se respondeu afirmativamente, amplíe os datos e presente o informe médico correspondente*

- ¿O seu fillo/a ten algún problema ou enfermidade que o profesorado deba coñecer para actuar debidamente (alerxias, asma, epilepsia, alerxias alimentarias, shock anafiláctico hipoglicemia, problemas auditivos ou de visión, ...)?

SI

NON

*Se respondeu afirmativamente, amplíe os datos e presente o informe médico correspondente.*

*Se respondeu afirmativamente e desexa inscribir ao seu fillo ou filla no programa ALERTA ESCOLAR da Consellería de Cultura, Educación, Formación Profesional e Universidades e a Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061 comuníqueo na secretaría do centro no momento de entregar esta documentación e marque a seguinte casíña.  Desexo solicitar a inscrición no devandito programa.*

*Se o seu fillo ou filla xa está inscrito no programa Alerta Escolar marque a seguinte casíña.*

Inscrito en ALERTA ESCOLAR.

- Outras observacións que crea oportuno engadir:

### Sinaturas

Persoa proxenitora, titora ou acolledora (solicitante)	Consentimento da outra persoa proxenitora, titora ou acolledora <i>Consinto a presentación desta solicitude de matrícula</i>	Alumnado maior de idade
Asdo.:	Asdo.:	Asdo.:
Cacheiras, a ..... de ..... de 202...		