

ACTUALIZACIÓN DATOS ALERGIAS Y ENFERMEDADES CURSO 24/25

Os rogamos que rellenéis la siguiente hoja con los datos que puedan ser de interés para el centro sobre alergias o enfermedades que padezcan vuestros hijos e hijas.

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR-A LEGAL: _____

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____

CURSO MATRICULADO ESTE AÑO: _____

¿Padece algún tipo de ALERGIA, INTOLERANCIA...?

☐

NO

☐

SÍ

Explíquelo a continuación: _____

¿Padece algún tipo de ENFERMEDAD, LESIÓN, etc. que le dificulte o impida realizar ejercicio físico?

☐

NO

☐

SÍ

Explíquelo a continuación: _____

En caso de padecer ALERGIAS, INTOLERANCIAS, ENFERMEDADES, etc. es necesario que aporten informe médico. Si necesitasen medicación de urgencia, deberán ponerse en contacto con la secretaría del centro para cumplimentar documentación complementaria.

FECHA Y FIRMA: