



INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNOS: _____

CURSO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A: _____

ENFERMEDADES:

ALERGIAS E INTOLERANCIAS A MEDICAMENTOS Y/O ALIMENTOS:

Indicar si necesita adrenalinas: _____

Adjuntar informe que lo acredite.

ÁGREDA a ----- de ----- de 20__.

PADRE/MADRE/TUTOR/A

PADRE/MADRE/TUTOR/A

Fdo: _____

Fdo: _____