

## INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE

D. /Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ padre/madre/tutor-a legal del alumno/a \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_, declaro que mi hijo/a **SÍ** o **NO** (marcar según proceda) posee una/s de las enfermedades que se especifican en el cuadro que aparece a continuación.

Y por ello (en caso afirmativo), y para que así sea tenido en cuenta en el Centro escolar, **adjuntaré la información médica (pediatra) justificativa al tutor/a de mi hijo/a**. Así mismo, y dada la necesidad de administrar medicación, pondré en conocimiento de la dirección del Centro y firmaré la autorización necesaria, lo cual también me **comprometo a dejar en el propio colegio esta medicación (reponiéndola antes de su caducidad)**.

### **(RODEAR LO QUE PROCEDA)**

<b>Epilepsia</b> (u otro tipo de convulsiones)	SÍ TIENE	NO TIENE	Observaciones (tipo, frecuencia, dosis a administrar, etc.)
<b>Alergias</b>	SÍ TIENE	NO TIENE	Observaciones (tipo, frecuencia, dosis a administrar, etc.)
<b>Diabetes</b>	SÍ TIENE	NO TIENE	Observaciones (tipo, frecuencia, dosis a administrar, etc.)
<b>Asma</b>	SÍ TIENE	NO TIENE	Observaciones (tipo, frecuencia, dosis a administrar, etc.)
<b>Otras que procedan</b> (de interés escolar)	SÍ TIENE	NO TIENE	Observaciones (tipo, frecuencia, dosis a administrar, etc.)

Fuengirola, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_