



## DATOS DE SALUD

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,

con DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_ padre/madre/tutor/a del alumno/a

\_\_\_\_\_ que se

encuentra actualmente matriculado en el curso \_\_\_\_\_ .

**Informo al centro sobre las intolerancias, enfermedades crónicas, alergias u otras circunstancias relacionadas con la salud de mi hijo/a (si es necesario, acompañar con informes médicos).**

*(Si no tiene nada que comunicar escriba NADA)*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Medicación o atención que precisa:** *(Si no tiene nada que comunicar escriba NADA)*

---

---

---

---

San Pedro del Pinatar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del progenitor/a 1	Firma del progenitor/a 2
Fdo: _____	Fdo: _____

*Esta información estará vigente desde su firma hasta que el alumno/a acabe de cursar la etapa de Educación Primaria en el Centro. **La familia está obligada a comunicar cualquier modificación en los datos aportados.** Para hacerlo, asista a Secretaría en horario de visita.*