

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA:

Don/Dona
con DNI como pai/nai/titor/a do/a alumno/a
..... matriculado/a
durante o curso escolar 2024/2025 no nivel grupo..... etapa
INFANTIL/PRIMARIA (arrodar a etapa correspondente):

Comprométome a comunicar á dirección do centro a información sobre a saúde do meu fillo/a con respecto a:

1. Toda enfermidade contaxiosa no mesmo momento no que lle sexa diagnosticada.
2. As reaccións alérxicas graves a alimentos ou medicamentos (achegando informemédico).

No caso de que o meu fillo/a sufra unha enfermidade importante, comprométome a presentar ao/á director/a o informe confidencial do meu fillo/a, así como ter informado de calquera evolución relacionada coa súa patoloxía.

En Carballo, a de de 202.....

Asdo.:

Pai/nai/titor/a
