



15003807

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA

Don/Dona _____
 con DNI/Pasaporte_____ pai/nai/titor/a legal
 do alumno/a _____
 escolarizado no CEIP de Bormoio-Agalada, no curso_____ de
 Educación_____. 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 (adxuntando informe médico).

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

Autorizo á Dirección do CEIP DE BORMOIO-AGUALADA e ao resto de membros do claustro, a tomar as medidas oportunas para o traslado e tratamento do meu fillo/a. Esta autorización é válida e extensible, a todas as saídas e viaxes escolares nas que puidera participar.

A Agalada, a _____ de _____ de _____

Asinado:



15003807

ALERXIAS

Don/Dona _____
 con DNI/Pasaporte_____ pai/nai/titor/a legal
 do alumno/a _____
 escolarizado no CEIP de Bormoio-Agalada, no curso_____ de
 Educación_____.

Pensando na seguridade e saúde do seu fillo/a, consideramos necesario coñecer se ten algún problema médico ou é alérxico a algún tipo de medicamento, alimento, compoñente dalgún alimento ou produto.

Agradecemoslle a colaboración e rogámoslle cubran, se é o caso, os apartados que correspondan:

PROBLEMAS MÉDICOS:

ALERXIA A ALIMENTOS OU COMPOÑENTES DE ALIMENTOS:

ALERXIA A MEDICAMENTOS:

ALERXIA A COMPOSTOS QUÍMICOS:

INTOLERANCIAS

OUTRAS INFORMACIÓNS MÉDICAS DE INTERESE:

ALERTA ESCOLAR: SI/NON

Para que así conste, firmamos esta folla informativa.

A Agalada, a _____ de _____ de _____

Asinado: