

COMUNICACIÓN DE ALERXIAS

Estimadas Familias,

Rogamos cumprimenten e devolvan este impreso:

D. _____, Documento de Identidade nº _____

Da.: _____, Documento de identidade nº. _____

Como pai/nai/titor legal do/a alumno/a: _____

COMPROMETÉMONOS:

A comunicar á Dirección do centro a información sobre a saúde do/a meu/miña fillo/a con respecto a:

- Toda enfermidade contaxiosa no mesmo momento no que lle sexa diagnosticada.
- As reacción alérxicas graves a alimentos/medicamentos/animais ou calquera outras.

No caso de que o meu fillo/a sufra unha enfermidade importante, comprométome a presentar á Directora o informe confidencial do meu fillo/a, e tela informada de calquera evolución relacionada coa súa patoloxía.

- A estar localizable e acudir prontamente coa Tarxeta Sanitaria no caso de que a/o miña/meu filla/o precise atención médica urxente.

MANIFESTAMOS:

Que o meu fillo/a (sinale o que proceda).

NON PADECE NINGÚN TIPO DE ALERXIA.

SE PADECE UNHA ALERXIA –No caso de padecela, por favor, anótea. (_____)

En A Coruña, _____ de _____ de 20__.

Asinado: