

FORMULARIO INFORMACIÓN SANITARIA**1. DATOS DO/A ALUMNO/A**

APELIDOS _____ NOME _____

CURSO _____

2. DATOS DO PROXENITOR OU PERSOA TITORA LEGAL¹

APELIDOS _____ NOME _____

DNI _____

3. PATOLOXÍAS:

<input type="checkbox"/>	Alerxia
<input type="checkbox"/>	Intolerancia alimenticia
<input type="checkbox"/>	Diabetes /Hipoglicemia
<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Outras (especificar cal):

(Marcar cun X)

De ser o caso, facilitarei os correspondentes informes médicos e todas as instrucións e indicacións que fosen precisas para a atención do menor.

Carral, ___ de _____ de 202_

SIGNATURA DO PROXENITOR¹

Asdo:.....

¹ A autorización outorgada por un dos proxenitores enténdese prestada co consentimento expreso do outro conforme aos usos sociais e as circunstancias nas que se recolle.