

2. FICHA SANITARIA DEL ALUMNO/A

ALUMNO: _____ NIVEL: _____ GRUPO: _____

Datos de contacto	
Nombre y Telf. Tutor 1:	Email 1:
Nombre y Telf. Tutor 2:	Email 2:

USUARIO DE COMEDOR ESCOLAR: SI _____ NO _____

1. ALERGIA A MEDICAMENTO, ALIMENTO ANIMAL, OBJETOS, ETC. Se ha de aportar documentación acreditativa. Especificar: _____
2. ENFERMEDAD CRÓNICA (Diabetes, problemas cardiacos, motores, neurológicos, etc.) Se ha de aportar documentación acreditativa. Especificar: _____
3. INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO. Se ha de aportar documentación acreditativa. Especificar: _____
4. HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE (hepatitis, meningitis...) _____
5. SIGUE EL PROGRAMA DE VACUNACIÓN INFANTIL DE LA CAM Y LOS EXÁMENES PERIÓDICOS DE SALUD _____

SOLO SE ADMINISTRARÁ MEDICACIÓN SI SE CUENTA CON G.U.E. y, además, bajo prescripción médica (Informe médico, receta médica, autorización del pediatra...)

Madridde.....de 20...

Fdo.:

Fdo.:

NOTA IMPORTANTE: Según normativa de la Dirección General de Centros Docentes, si su hijo/a padece alguna enfermedad grave o si requiere cuidados sanitarios específicos (crisis epiléptica, alergias, intolerancias alimentarias, crisis asmática, etc.), deberá presentar **CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL** que acredite dicha situación.