FICHA DE DATOS MÉDICOS	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA ALUMNO/-A	
¿ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?	**¿CUÁL?**
¿PADECE ALGUNA ALERGIA?	**¿CUÁL?**
• **Deberán aportar fotocopia de los informes médicos de los que dispongan y no olvidar comunicar en la Secretaría del Centro cualquier cambio médico que se produzca.**	
OBSERVACIONES:	

Arroyomolinos, a_____de_____de 20

Firma del/de la tutor/a 1

Firma del/de la tutor/ra 2