

Información de Salud - Alergias 2018-2019

NOMBRE DEL ALUMNO Y FECHA DE NACIMIENTO

ENFERMEDADES
¿Tiene alguna enfermedad que requiera control médico o impida actividad física?
Si □ No ■ ¿Cuál?
¿Durante los últimos tres años fue hospitalizado alguna vez? Si 🗌 No 🖿 ¿Por qué?
Comentarios: ALERGIAS
¿Tiene algún tipo de alergia a medicamentos, alimentos, animales etc. ? Si \square No \blacksquare En caso afirmativo, escriba sus manifestaciones
La alergia se debe a: ¿Recibe tratamiento permanente? Si □ No ■
Comentarios:
INTOLERANCIAS ¿Tiene algún tipo de intolerancia y otros tipos de dolencias que requieran especial atención? Si \square No
Comentarios:
VACUNAS ¿Está vacunado del Tétanos? Si ■ No □ Especifique Comentarios:
SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN TIPO DE PROBLEMA DE SALUD EN EL COLEGIO RECURRIR A:
Institución-Médico y Teléfono: Madre-Padre/Familiar y Teléfono: Olivier SAMIN 682882017

FECHA Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR, DNI:

INFORMACIÓN IMPORTANTE A DESTACAR:

15 septiembre 2022 Olivier SAMIN Y7397087W



Los datos que se piden en el presente cuestionario permitirán a los equipos pedagógicos del colegio, conocer mejor a nuestros alumnos/as y los consideramos fundamentales para su salud y su correcto desarrollo educativo. Esta información, como el resto aportada en la solicitud de matrícula, tienen la consideración de confidenciales.