

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 ☐ No ☒ 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 ☐ 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

INFORMACIÓN IMPORTANTE A DESTACAR:

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

15 septiembre 2022

Olivier SAMIN Y7397087W

