



# FICHA DE SALUD Y DATOS DEL ALUMNO/A AÑO 2023

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LAS FAMILIAS.

FECHA DE ENTREGA: HASTA EL VIERNES 12/03.

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:	
FECHA DE NACIMIENTO Y LUGAR:	
NACIONALIDAD:	
DOMICILIO:	
DNI:	
TELÉFONO:	
MAIL:	

\*LA INFORMACIÓN SERÁ TENIDA EN CUENTA PARA ATENCIÓN DEL ALUMNO/A EN CASO DE EMERGENCIA U OTRA NECESIDAD .

	¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?			¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?	
	SI	NO		SI	NO
DIABETES			QUEMADURAS		
BRONQUITIS OBSTRUCTIVA			INTOXICACIONES		
CRISIS ASMÁTICA			ALERGIAS		
SÍNDROME CONVULSIVO			TRAUMATISMO DE CRÁNEO		
EPILEPSIA			FRACTURAS		
CARDIOPATÍA CONGÉNITA			RUBEOLA		
SOPLO			MONONUCLEOSIS		
FIEBRE REUMÁTICA			VARICELA		
CIRUGÍAS			SARAMPIÓN		
HERNIAS			OTROS		

¿EL ALUMNO/A USA REGULARMENTE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_ ¿POSEE EL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN? \_\_\_\_\_

\*PARA NIVEL INICIAL ENTREGAR FOTOCOPIA DE CARNET DE VACUNACIÓN

### DATOS PADRE/MADRE/TUTOR \*COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS

	PADRE	MADRE	TUTOR
APELLIDO Y NOMBRE:			
NACIONALIDAD :			
PROFESIÓN:			
DOMICILIO:			
DNI:			
TELÉFONO			
EMAIL:			

RESPONSABLES QUE RETIRAN AL ALUMNO/A: \_\_\_\_\_

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA: SI NO (Marcar con un círculo lo que corresponda).

**NOTA: Adjuntar certificado de aptitud física expedido por el médico de cabecera.**