

DECLARACIÓN MÉDICA

Debido a las horas que vamos a estar al cuidado de su hijo/a, necesitamos saber si tiene algún problema médico que debemos tener en cuenta para estar preparados en caso necesario. También es necesario que tengamos una copia de la tarjeta sanitaria del alumno/a (SIP u otro tipo de seguros) para agilizar cualquier proceso en caso de emergencia.

Por favor rellene el siguiente formulario indicando si su hijo/a sufre cualquiera de los siguientes problemas:

	SI	NO
Asma		
Diabetes		
Alergias que pueden provocar anafilaxia		
Epilepsia o convulsiones		
Otras alergias o problemas alimentarios (en caso afirmativo, por favor indique el problema)		
Problemas para realizar deportes o actividad física (en caso afirmativo, por favor indique qué problema)		
¿Padece alguna enfermedad actualmente? (en caso afirmativo, por favor indique cuál)		

Si su hijo/a necesita tomar medicación durante el curso, le agradeceríamos que no se la diera directamente al niño/a, sino que nos avisara. Nosotros podríamos guardar y/o administrar algunos tipos de medicación, pero necesitaríamos una copia de la receta médica y una autorización firmada de los padres/tutores del menor.

Nombre y apellidos del alumno/a:

Nombre y apellidos del padre/madre/tutor:

DNII padre/madre/tutor:

Fecha:

Firmado

Adjunto copia de la tarjeta sanitaria