

FICHA MÉDICA



Datos del alumno/a

NOMBRE

APELLIDOS

EDAD **CURSO**

TELÉFONOS DE CONTACTO /

Antecedentes personales. GRUPO SANGUÍNEO

ENFERMEDADES ACTUALES y tratamiento que sigue

ACCIDENTES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

ALERGIAS A MEDICAMENTOS O DE OTRO TIPO

OTROS DATOS A TENER EN CUENTA

• Los datos solicitados son en beneficio del alumno, por lo que rogamos a los responsables del mismo, la cumplimentación y firma de esta ficha, que será totalmente confidencial.

• Les rogamos que si hay algún tipo de observación a tener en cuenta desde el principio, y en beneficio de los alumnos, lo indiquen al profesorado el primer día de curso.

OBSERVACIONES

Firma Padre, Madre o Tutor
