

## FICHA DE DATOS DEL ALUMNO/A

<b>NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	
<b>FECHA NACIMIENTO:</b>	
<b>EDAD:</b>	
<b>CONTACTOS (Tlfn°):</b>	
<b>MADRE/PADRE/TUTOR</b>	
<b>MEDICO/A ESCOLAR</b>	
<b>PEDIATRA Y/O ESPECIALISTA</b>	

1. ¿Qué tipo de cardiopatía padece?
2. Tipos de síntomas que manifiesta:
3. ¿Tiene otros problemas de salud?

## AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICACIÓN AL ALUMNO/A

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
padre/madre/tutor/a del alumno/a \_\_\_\_\_, matriculado/a  
en el centro \_\_\_\_\_

**EXPONE:** Que su hijo/a padece la siguiente enfermedad \_\_\_\_\_ por lo que precisa que se le suministren los medicamentos \_\_\_\_\_ que se compromete a facilitar al centro.

**AUTORIZA** al personal de dicho centro educativo para que suministre la medicación a su hijo/a, relevándole de toda responsabilidad en cuanto a los efectos de su aplicación. Se adjunta prescripción médica.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2. \_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Padre/madre o tutor/a