

FICHA DE DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS:	
FECHA NACIMIENTO:	
EDAD:	
CONTACTOS (Tlfn°):	
MEDICO/A ESCOLAR	
PEDIATRA Y/O ESPECIALISTA	

1. ¿Qué tipo de diabetes padece? _____
2. Tipo de síntomas que manifiesta ante:
 - Hipoglucemia _____
 - Hiperglucemia _____
3. ¿Tiene otros problemas de salud? _____

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

D./D^a. _____,
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 los medicamentos mencionados a su hijo/a, relevándole de toda responsabilidad en cuanto a los efectos de su aplicación, ya que los mismos le han sido recetados o prescritos al alumno por parte del médico correspondiente (se adjunta prescripción médica).

En _____, a ____ de _____ del 2. ____.

Fdo.: _____
Padre/madre o tutor/a