

FICHA DE DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS:	
FECHA NACIMIENTO:	
EDAD:	
CONTACTOS (Tlfº):	
MADRE/PADRE/TUTOR	
MEDICO/A ESCOLAR	
PEDIATRA Y/O ESPECIALISTA	

1. ¿Qué tipo de epilepsia padece? _____
2. ¿Qué tipo de crisis manifiesta clínicamente? _____
3. ¿Cuánto tiempo duran? _____
4. ¿Cuáles son los estímulos más habituales que actúan como desencadenantes de la crisis? _____
5. ¿El alumno/a experimenta un aura antes de la crisis? _____
6. ¿Hay alguna actividad que se consideren que se debe limitar? _____
7. ¿Tiene otros problemas de salud? _____
8. Durante la crisis ¿tiene prescrita medicación vía rectal de urgencia?

Medicación _____ Dosis _____
_____ Lugar exacto donde se guarda la
medicación del alumno/a: _____

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 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.: _____