

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 escoliosis padece? _____
2. Tipo de síntomas y/o signos que manifiesta: _____
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 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