



2004 - 2014 diez años de bilingüismo / ten years of bilingualism

Anexo VI. ALERGIAS y/o ENFERMEDAD CRÓNICA

Rellenar solo en caso de padecer alguna de ellas. En caso contrario, no enviar

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos

Nombre

Fecha nacimiento

TELÉFONOS CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

ALERGIAS (Marcar las que correspondan)

Medicamentosas

Alimentarias

Ambientales

Otras

DESCRIPCIÓN DE LAS ALERGIAS (Describa brevemente cuál/es)

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Marcar las que correspondan):

Asma

Diabetes

Crisis Convulsiva

Cardiopatías

Otras

En caso de precisar administración de **medicación en el colegio**, indicar cuál, la dosis y la vía de administración. **ES OBLIGATORIO ENTREGAR EL INFORME MÉDICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO** en Secretaría. Este último pueden descargarlo de la página web del centro.

TRATAMIENTO EN EL COLEGIO PARA ALERGIAS

TRATAMIENTO EN EL COLEGIO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

San Agustín del Guadalix, a _____ de _____ de 20____

Firma del padre/tutor

Firma de la madre/tutora

Fdo.:

Fdo.:

C/ Extremadura, 2.- 28750 San Agustín del Guadalix .-Tel. 918.418.643.- Fax 918.435.129

Email: cp.navalazarza.sanagustin@educa.madrid.org.- Página web: www.educa.madrid.org/web/cp.navalazarza.sanagustin/

www.facebook.com/virgindenavalazarza