



Educación Secundaria Obligatoria

Don/Doña: _____, con DNI / NIE / N° de Pasaporte: _____

como: Padre Madre Tutor Tutora Representante legal (marque con una X lo que proceda)

Teléfono de Urgencias 1 _____ Teléfono de Urgencias 2 _____

del alumno/alumna _____

Declara

SI SU HIJO/A PADECE UNA ENFERMEDAD GRAVE O PATOLOGÍA QUE USTED CONSIDERA QUE EL CENTRO EDUCATIVO DEBE CONOCER, RELLENE EL SIGUIENTE FORMULARIO:

1.- Mi hijo/a padece: (Marque con una cruz)

- Diabetes
- Alergia grave
- Cardiopatía
- Otra enfermedad (Especifíquela):

2.- Para hacer frente a situaciones de crisis, tiene que llevar al centro educativo:

- Dispensador de insulina
- Auto-inyector de adrenalina.
- Medicación
- Otros dispositivos (Especifíquelos):

3.- Los dispositivos o medicación necesitan:

- Ser custodiados por el centro en frío
- Lo custodia el propio alumno/a
- Otras circunstancias (Especifíquelas):

Indique cualquier comentario que considere que el centro educativo debe conocer en relación con la enfermedad de su hijo/a:

En Almansa, a ____ de ____ de 20__

El Padre / La Madre / El Tutor / La Tutora / El Representante Legal

Firma y DNI /NIE / N° Pasaporte