



**DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO/ A**



**DATOS PERSONALES:**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono Padre: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono Madre: \_\_\_\_\_

Domicilio Familiar: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Otros teléfonos de contacto en caso de URGENCIA: \_\_\_\_\_

**DATOS MÉDICOS:**

.-VACUNAS: \_\_\_\_\_

.-ALERGIAS ALIMENTARIAS O AMBIENTALES (adjuntar informe médico):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.-INTOLERANCIAS (adjuntar informe médico):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.-OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_