



**ALERGIAS / OTRAS ENFERMEDADES**

**CURSO: 202... – 202...**

**DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A**

Nombre.....Apellidos.....

Etapa: Infantil  Primaria  Curso..... Letra.....

Teléfono de contacto: Padre.....Madre.....

Email de contacto: Padre:.....

Madre:.....

Otros:.....

**ALERGIAS** (En caso de no tener, por favor, indíquelo en el recuadro)

**OTRAS ENFERMEDADES** (En caso de no tener, por favor, indíquelo en el recuadro)

Se adjunta informe médico: SI   
NO

**\*Imprescindible:** firma de ambos progenitores; en caso de no ser posible indicar la causa. aquí:

.....  
.....

FIRMA DEL PADRE/MADRE/  
TUTOR/TUTORA LEGAL  
(Tache lo que no proceda)

FIRMA DEL PADRE/MADRE  
TUTOR/TUTORA LEGAL  
(Tache lo que no proceda)

Fdo.:

Fdo.:

Las Rozas,..... de ..... de 202...