



FICHA DATOS MÉDICOS

Estimada familia:

Con el objeto de disponer de un mejor conocimiento del estado físico de los alumnos y alumnas del centro y tenerlo en cuenta a la hora de realizar clases de Educación Física o deportivas en general y a la hora de asistir al Comedor Escolar, les rogamos completen los siguientes datos.

NOMBRE DEL ALUMNO /A _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

<i>No padece ninguna enfermedad que le impida el normal desarrollo de la clase de Educación Física.</i>	
<i>Padece alguna de las siguientes afecciones, enfermedades o alteraciones:</i>	
Corazón	Vegetaciones
Columna vertebral	Asma
Hernias	Diabetes
Riñón	Pies planos
Alergia (especificar):	
Intolerancia alimentaria (especificar):	

Marque, por favor, con una [X] donde proceda:

¿Está tomando alguna medicación? ¿Cuál? _____

¿Desea comentar algún otro tema referente a la salud de su hijo/a? _____

Guadalajara, a _____ de _____ de 202__

Fdo.: _____