

FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA

Don/Doña :.....
con DNI como padre/madre/tutor del alumno/a
.....matriculado/a en el nivel educativo
.....de la localidadpertenece al CRA
Ribera de Cañedo (Calzada de Valdunciel, Salamanca)

HAGO CONSTANCIA, PARA EL OPORTUNO CONOCIMIENTO DEL CENTRO, DE LA
SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA:

No padece enfermedad o alergia

Padece enfermedad o alergia

Enfermedad o alergia:

Medicación prescrita:

En a de de 20.....

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR/A

Fdo:.....