

DATOS MÉDICOS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A: _____

CURSO Y LETRA: _____

- ¿Padece alguna enfermedad cardíaca, respiratoria, neurológica o endocrina?
- ¿Necesita utilizar gafas, audífonos, prótesis, plantillas... para seguir la clase normalmente?
- ¿Es alérgico/ o intolerante a algún alimento? ¿Ha presentado reacciones anafilácticas en alguna ocasión o tiene riesgo de padecerlas?
- ¿Presenta alguna otra alergia (medicamentos, látex, pólenes...)?
- ¿Padece alguna enfermedad no mencionada anteriormente que le suponga restricciones alimentarias de algún tipo?
- ¿Le han operado en alguna ocasión? ¿De qué?
- ¿Toma medicación de manera habitual? ¿Cuál y para qué?

- ¿Tiene pautada medicación en caso de agravamiento de su enfermedad o alergia?
¿Cuál?

- ¿Ha tenido alguna lesión importante? ¿Presenta alguna dificultad para desarrollar normalmente la clase de educación física?

- ¿Existe algún problema médico que considere que debemos tener en cuenta?

Les rogamos adjunten informe médico actualizado en caso de presentar el alumno/a alguna patología. Gracias.

Fdo.: Padre/Madre/Tutor:

Fecha:

D./Doña:

D.N.I.: