

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS del alumno: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ D.N.I.: _____
 TELEFONOS: _____ / _____
 NOMBRE DEL PADRE: _____ NOMBRE DE LA MADRE: _____

CUESTIONES CLINICAS

(Tache la respuesta que proceda)

- ¿Padece algún tipo de alergia? si no. En caso afirmativo, indique cuál es y su tratamiento: _____
- ¿Tiene alergia algún tipo de medicamento? _____
- ¿Está exento de realizar algún tipo de actividad física y deportiva en la escuela por algún motivo? si no. ¿Cuál? _____
- ¿Se encuentra actualmente en tratamiento? si no. En caso afirmativo, indique cual: _____
- Grupo sanguíneo: _____
- Es alérgico algún componente alimenticio: _____

OTRAS CUESTIONES:

(Tache la respuesta que proceda)

- ¿Padece alguna enfermedad infectocontagiosa? si no ¿Cuál? _____
- ¿Es diabético? si no ¿Insulinodependiente? si no
- ¿Padece o ha padecido ataques epilépticos? si no
- ¿Tiene algún problema de espalda? si no ¿Cuál? _____
- ¿Ha padecido algún tipo de Sincope? si no ¿Cuál? _____
- ¿Tiene problemas de coagulación?(Ej. Hemofilia) _____
- ¿Ha tenido alguna vez lesiones en las rodillas? si no ¿Cuál? _____
- ¿Necesita seguir una dieta especial por causa médica? si no ¿Cuál? _____ (en caso afirmativo, adjuntar informe médico)

OTRAS OBSERVACIONES

Otras observaciones que los padres o tutores consideren convenientes:

Declaro que bajo mi responsabilidad que los datos consignados son ciertos, a la vez que autorizo a mi hijo/a a realizar todas las actividades físicas programadas para este curso escolar incluidas en el plan anual de centro.

En: _____ a _____ de _____ 2007

Firma del padre/madre o tutor

Fdo: _____

D.N.I.: _____

Nota: Recuerde que los _____ su hijo/a deberá traer a clase ropa, calzado deportivo y bolsa de aseo (camiseta, toalla, gel y peine).

CUESTIONARIO MÉDICO