
FICHA DEL ALUMNO. DATOS DE INTERÉS

NOMBRE Y APELLIDOS DE ALUMNO: _____

CURSO: _____

Números de teléfono en caso de urgencia

Padre/tutor (nombre y DNI): _____

Madre/tutora (nombre y DNI): _____

Abuelo/abuela (nombre y DNI): _____

Otros (nombre y DNI): _____

Alergias/enfermedades

No tiene alergias, ni alimenticia ni ninguna otra conocida.

Sí tiene alergias.

Alimenticias a: _____

Sus reacciones son: _____

Otras alergias: _____

Sus reacciones son: _____

Por otro lado, deben autorizar además, que su hijo sea curado, en caso de ser necesario, con los siguientes materiales:

- Guantes látex
- Clorhexidina
- Gasas
- Crema Fenistil
- Tiritas
- Stick de árnica
- Agua jabonosa
- Agua oxigenada

A través de la presente, D./Dña. _____ con DNI _____ autorizo a mi hijo/a que, en el caso de ser necesario, le sean aplicados los productos con los que contamos en el botiquín del centro y que se han detallado anteriormente.

En caso de no poder utilizar ningún material, por favor, detállelo a continuación:

Firmado: _____

En Toledo, a ___ de ___ de 20__