



ANEXO II

DATOS REFERENTES A LA SALUD DEL ALUMNO/A.

NOMBRE Y APELLIDOS:

La familia deberá cumplimentar los datos que el centro deba conocer, con el objeto de que su hijo reciba la atención necesaria por parte de los profesionales del mismo.

En su caso, se deberá adjuntar el informe del profesional competente y autorizar expresamente al centro si pudiera ser necesario tener que realizar algún tipo de intervención o administrarle algún medicamento al menor durante el horario escolar, motivado su estado de salud.

ESTADO DE SALUD GENERAL:	
VACUNACIONES:	
OBSERVACIONES MÉDICAS SIGNIFICATIVAS:	
ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO:	
DISCAPACIDADES FÍSICAS, PSÍQUICAS O SENSORIALES:	
OTROS DATOS DE SALUD RELEVANTES PARA EL CENTRO:	

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Firma:

Firma:

Padre/Tutor

Madre/Tutora