

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE:	
NIF:	
DATOS DO/A MENOR:	

Sofre algún proceso alérxico? Non Si

En caso afirmativo, indicar cales:

--

Ten epilepsia Non Si En caso afirmativo, está controlada? Non Si

Ten ausencias e/ou convulsións? Non Si

Ten diabetes? Non Si En caso afirmativo, está controlada? Non Si

Ten algunha enfermidade transmisible con risco de contaxio? Non Si

En caso afirmativo, indicar que precaucións se requiren:

--

Enfermidade, trastorno, alteración, síndrome ou discapacidade que padece (se é o caso)

--

Tratamento farmacolóxico (cubrir, se é o caso e se fose preciso)

Nome	Dose	Administración

Outras observacións que considere oportuno resaltar:

--

PERSOA/S AUTORIZADAS PARA LEVAR/RECOLLER AO/A MENOR

Nome e apelidos	DNI	Teléfono

A persoa representante declara que todos os datos contidos neste formulario son certos.

SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE (nai/pai/titor/a)

Data: