



Castilla-La Mancha

**DATOS BÁSICOS DE SALUD DEL ALUMNO/A**

Nombre del alumno/a: .....

¿Padece alguna enfermedad importante? Sí  NO

En caso afirmativo, especifique cuál (debe adjuntar copia del informe médico):  
 .....  
 .....

¿Tiene algún tipo de alergia (alimentos, medicamentos...)? Sí  NO

En caso afirmativo, especifique cuál (debe adjuntar copia del informe médico):  
 .....  
 .....

Otros datos de salud de interés que puedan interferir en las actividades académicas (debe adjuntar copia del informe médico):  
 .....  
 .....

**EN CASO DE ALERGIA O ENFERMEDAD: AUTORIZACIÓN PARA PONER EL NOMBRE EN UN LUGAR VISIBLE DEL AULA**

D/Dña....., con DNI.....  
 como padre/madre/tutor del alumno/a ..... del CEIP  
 Jaime de Foxá de Toledo,

**AUTORIZO** a que su nombre/foto aparezca en un lugar visible de su aula indicando las alergias y/o enfermedades que padece, con el fin de poder ayudarle de la manera más rápida posible si fuera necesario.

**NO AUTORIZO** a que su nombre/foto aparezca en un lugar visible de su aula indicando las alergias y/o enfermedades que padece.

**ESTA AUTORIZACIÓN TENDRÁ VALIDEZ DURANTE TODA LA ESCOLARIZACIÓN DEL ALUMNO/A, SIEMPRE Y CUANDO LOS PADRES/MADRES/TUTORES LEGALES NO NOTIFIQUEN AL CENTRO LO CONTRARIO.**

Toledo, a ..... de .....de 20.....

Firma del padre/madre/tutor