



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):

.....

### AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN DE RESCATE

Yo, ..... como padre/ madre del alumno/a .....  
 .....**autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar a mi hijo/hija**, en caso de emergencia, el contenido de la medicación .....

Me **comprometo** a aportar la medicación al Centro Educativo, claramente identificada con el nombre y curso del alumno y a sustituirla en caso de cambio de tratamiento o caducidad.

**Adjunto informe médico** donde se detalla la enfermedad de mi hijo/hija, la necesidad de intervención urgente en caso de necesidad, el medicamento a administrar y la forma de proceder en su administración.

**Libero** de toda responsabilidad a la persona que lo administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación.

Tras la administración de la información se llamará al 112 y al teléfono familiar \_\_\_\_\_

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

Firma del padre/madre/tutor

### 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 Rosa Parks 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