

## FICHAS DATOS MÉDICOS

Estimada familia:

Con el objeto de disponer de un mejor conocimiento del estado físico de los alumnos/as del centro y tenerlo en cuenta a la hora de realizar las clases de Educación Física o deportivas en general, les rogamos completen los siguientes datos.

NOMBRE DEL ALUMNO/A \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

**Marque**, por favor, con una **[X]** donde proceda:

<b>No padece ninguna enfermedad</b> que le impida el normal desarrollo de las clases de Educación Física.	
<b>Padece alguna de las siguientes afecciones, enfermedades o alteraciones:</b>	
Corazón	Vegetaciones
Columna vertebral	Asma
Hernias	Diabetes
Riñón	Pies planos
Alergia (especificar):	
Intolerancia alimentaria (especificar):	

¿Está tomando alguna medicación? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Desea comentar algún otro tema referente a la salud de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Mota del Cuervo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_

Si a lo largo de la escolaridad se produjera algún cambio, deberán notificarlo al centro.

**Gracias por su colaboración.**