

# CUESTIONARIO DE SAÚDE

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: