

Nombre y apellidos del alumno/a:

Fecha de nacimiento: / /

Curso:

Dirección:

Código postal: Población:

Nombre y apellidos del responsable legal:

Tel. (domicilio): Tel. (trabajo): Móvil:

E-mail:

❖ Medicamentos o cuidados a dar al alumno/a en caso de enfermedad crónica (adjuntar la receta médica):
.....

❖ Régimen alimenticio particular (adjuntar un certificado médico):
.....

❖ Grupo sanguíneo:

❖ ¿El alumno/a utiliza gafas o lentes? Sí No

Ref. de las lentes:

❖ ¿Usa un aparato dental? Sí No

❖ ¿Existen contraindicaciones médicas? Sí No

¿Cuáles?

❖ ¿Es propenso/a a las infecciones ORL? Sí No

❖ ¿Padece asma? Sí No

En este caso, les rogamos proporcionar un inhalador con la receta médica al profesor/a de su hijo/a.

❖ ¿Es sensible a los rayos solares? Sí No

❖ ¿Padece incontinencia urinaria? Sí No

❖ ¿Es alérgico/a? Sí No

Tipo de alergia:

❖ Otras informaciones relativas a la salud del alumno/a, en particular en lo que se refiere a la práctica de actividades físicas (adjuntar un certificado médico):
.....

❖ ¿Ha sido vacunado/a contra el tétanos? Sí No

Fecha de la vacuna: / /

El/la abajo firmante, responsable legal del alumno/a (nombre y apellidos)

autoriza al *Lycée français international André Malraux de Murcia* a adoptar todas las medidas oportunas en caso de accidente o enfermedad.

Fecha: / /

Firma: