

FICHA SANITARIA

CURSO:

ALUMNO/A:

- 1- ¿Tiene su hijo/a todas las vacunas correspondientes?

- 2- ¿Padece alguna enfermedad que requiera un tratamiento especial?

- 3- ¿Tiene su hijo/a algún problema nocturno (desde las 22,00h. hasta las 9,00h.) que requiera especial atención?

- 4- ¿Toma su hijo/a algún medicamento durante el día que haya que administrárselo?

- 5- ¿Tiene su hijo/a algún problema de tipo psicológico que necesite de nuestra ayuda?

- 6- ¿Padece su hijo/a algún tipo de alergia a medicamentos (aspirina, jarabes, pastillas)

- 7- ¿Se compromete usted a revisar a su hijo/a todos los fines de semana para comprobar que no tiene pediculosis (piojos)?

Observaciones: _____

Cóin, de de 20.....

Fdo: El padre/madre/tutor

