

FICHAS DE ALUMNOS COM PROBLEMAS DE SALUD

CENTRO:	
NOMBRE:	
APELLIDOS :	
NOMBRE DEL PADRE	
NOMBRE DE LA MADRE	
TELEFONO DE CONTACTO	
TFNO TRABAJO PADRE	
TFNO TRABAJO MADRE	
ALERGIA MEDICAMENTOSA.	
ALERGIA ALIMENTARIA.	
OTRAS ALERGIAS	
ENFERMEDAD CRONICA QUE PADECE	

MEDICACIÓN QUE TOMA ACTUALMENTE.

Nombre medicación	Dosis	Pautas

MEDICACION QUE TOMA DURANTE SU ESTANCIA EN EL COLEGIO (siempre avalado por informe de su pediatra Y/o especialista pautando las dosis)

Nombre medicación	Dosis	Pautas

MEDICACION A TOMAR EN CASO DE EMERGENCIA.

Nombre medicación	Dosis	Pautas

Nº TELEFONO DEL CENTRO DE SALUD DE LA LOCALIDAD
Nº TELEFONO DE URGENCIAS: 112 // 061