

## FICHA MÉDICA

**Apellidos del alumno/a:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Curso:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Teléfonos de contacto:** \_\_\_\_\_

Rodee con un círculo la respuesta que considere verdadera. En caso de ser afirmativa, explíquelo lo más detalladamente posible en la línea siguiente a cada pregunta.

1. ¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares (corazón)?      SI      NO  
¿Y antecedentes en la familia? Explicar \_\_\_\_\_
2. ¿Es diabético?      SI      NO  
Explicar en caso afirmativo \_\_\_\_\_
3. ¿Sufre algún tipo de alergia?      SI      NO  
¿A qué? \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene dificultades respiratorias (asma)?      SI      NO  
Explicar en caso afirmativo \_\_\_\_\_
5. ¿Manifiesta alguna alteración de huesos o articulaciones?      SI      NO  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_
6. ¿Padece alguna deformación de los pies (planos, cavos)?      SI      NO  
Explicar en caso afirmativo \_\_\_\_\_
7. ¿Padece alguna alteración de la columna vertebral?      SI      NO  
Explicar en caso afirmativo \_\_\_\_\_
8. ¿Ha sufrido intervención quirúrgica reciente?      SI      NO  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
9. Especifique aquellas enfermedades y traumatismos que haya padecido que requieran un cuidado especial \_\_\_\_\_

Explique otros problemas que considere oportunos:

---

---

---

---

**Nota importante: Si su hijo/a padece algún tipo de enfermedad o dolencia que le impida desarrollar las actividades cotidianas en el Centro escolar con normalidad (Educación Física, Recreos, Actividades Extraescolares ...) deberá presentar informe médico.**

En Algeciras, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0 \_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Padre, madre o tutor/a legal.