



## DATOS DEL ALUMNO/A

---

CENTRO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO: niño  niña

TELÉFONO/S DE CONTACTO:

Casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

### OTROS DATOS

¿Padece alguna enfermedad o alergia? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indicar todos los datos posibles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está en tratamiento médico? \_\_\_\_\_ Indicaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si lo cree necesario, adjuntar prescripción facultativa.

¿Sigue alguna dieta alimenticia? \_\_\_\_\_

Otros datos que considere interés: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_