**Anexo II.** **ALERGIAS y/o ENFERMEDAD CRÓNICA**

**RELLENAR SOLO EN CASO DE PADECER ALGUNA DE ELLAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL ALUMNO/A** |  |
| **Apellidos** | **Nombre** | **Fecha de nacimiento** |
|  |  |  |  |  |
| **TELÉFONOS CONTACTO EN CASO DE URGENCIA** |  |
|  |  |  |  |
|  | **ALERGIAS** (Marcar las que correspondan): |  |
| Medicamentosas Alimentarias Ambientales Otras |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS ALERGIAS** (Describa brevemente cuál/es) |
|  |
|  | **ENFERMEDADES CRÓNICAS** (Marcar las que correspondan): |  |
| Asma Diabetes Crisis convulsiva Cardiopatías Otras |

Educación Física. ¿Padece su hijo/a alguna otra enfermedad o patología funcional que le impida realizar ejercicio físico con normalidad? SI NO

En caso afirmativo adjuntar informe médico y si lo considera necesario solicite a través de la agenda entrevista con el maestro/a especialista en esta materia.

En caso de precisar administración de **medicación en el colegio**, indicar cuál, la dosis y la vía de administración. **ES OBLIGATORIO ENTREGAR EL INFORME MÉDICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO** en Secretaría. Este último pueden descargarlo de la página web del centro.

|  |  |
| --- | --- |
| **TRATAMIENTO EN EL COLEGIO PARA ALERGIAS** | **TRATAMIENTO EN EL COLEGIO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS** |
|  |  |

**Colmenar Viejo, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del padre/tutor Firma de la madre/tutora**

 **Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**