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