

Nombre y apellidos del alumno o alumna: _____

Edad: _____

Teléfono/s de la familia: _____

Hermanos o hermanas en el centro educativo: _____

Centro de salud / Mutualidad: _____

Número de tarjeta sanitaria: _____

Presencia de enfermedades crónicas Sí. Especificar: _____ No

(Adjuntar fotocopia de la tarjeta sanitaria)

En _____ a _____ de _____ de 20____

Nombre y apellidos del alumno o alumna: _____

Edad: _____

Teléfono/s de la familia: _____

Hermanos o hermanas en el centro educativo: _____

Centro de salud / Mutualidad: _____

Número de tarjeta sanitaria: _____

Presencia de enfermedades crónicas Sí. Especificar: _____ No

(Adjuntar fotocopia de la tarjeta sanitaria)

En _____ a _____ de _____ de 20____