

DADES MÈDIQUES

Nom de l'alumne/a:

Nivell actual:

El nen/a té algun problema mèdic (malaltia crònica, al·lèrgies, asma,.....)?

En cas afirmatiu especifiqueu quin:

.....
.....
.....

Si aquest problema suposa que el nen/a ha de rebre una atenció especial a l'escola, especifiqueu quin tipus d'atenció hauria de rebre i en quins moments (a l'hora del menjador, sessions d'educació física, psicomotricitat...)

.....
.....
.....

CAL ADJUNTAR CERTIFICAT MÈDIC ON S'ESPECIFIQUIN LES ATENCIONS QUE HA DE REBRE EL NEN/A A L'ESCOLA.

En/Na amb DNI/NIE

..... com a pare/mare/tutor-a de l'alumne/a

..... ha omplert aquesta circular.

Signatura

Mont-roig del Camp, de/d' de 20.....