



RECOGIDA DATOS SALUD ALUMNADO

Con el fin de recopilar y actualizar la información relativa a la salud de su hija/o, para poder velar por su bienestar en el centro educativo, solicitamos su colaboración. Marque una de las siguientes opciones:

- Mi hija/o NO TIENE, en el momento actual, ningún problema de salud que considere que el centro deba conocer.
- Mi hija/o TIENE, en el momento actual, un problema de salud que considero que el centro debe conocer. (Opción solo válida con certificado médico)

Especifico a continuación de qué se trata:

Especifico cómo debe proceder el centro:

D./Dña. _____ con DNI nº _____
D./Dña. _____ con DNI nº _____
Padre y madre / tutor/a legal del alumno / de la alumna: _____

En Muros de Nalón, a ___ de _____ del 202__

Firma de la madre o tutora legal

Firma del padre o tutor legal

Si en un futuro su hija/o presentara algún problema de salud, deberá ponerlo en conocimiento del centro a la mayor brevedad posible. Es necesario aportar justificante médico