

COMUNICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA Y/O ALERGIA

ALUMNO/A:		CURSO:	
-----------	--	--------	--

DATOS DEL TUTOR/A 1:

NOMBRE	
APELLIDOS	
DNI	

INFORMO que mi hijo/a padece la siguiente enfermedad crónica y/o alergia

JUSTIFICADO por medio del **informe oficial de salud adjunto** a la presente comunicación

AUTORIZO a administrar la medicación _____
que en caso de urgencia necesite o pudiera necesitar durante el horario escolar,
eximiendo de toda responsabilidad al profesorado del Centro que tuviera que
administrar dicha medicación.

En Ciudad Real a _____ de _____ de 2.0 _____

Firma del tutor/a 1: