



CUESTIONARIO PARA PADRES

Nombre del alumno/a: _____

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

Número de hermanos/as: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Es propenso a alguna enfermedad? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico? SI NO

Indique su alergia: _____

¿Es necesario tomar alguna medida especial para tratar dicha alergia? SI NO

¿Cuál? _____

¿Tiene algún tratamiento médico continuado? SI NO

¿Cuál? _____

Forma de administrarlo: _____

¿Sabe administrárselo solo? SI NO

¿Precisa tomarlo en horario escolar? SI NO

Tiene alguna otra dificultad: Auditivo Respiratorio Visual Otros

Teléfono a los que llamar en caso de emergencia y quién se localiza en ese teléfono:

Teléfono 1: _____ se localiza a: _____

Teléfono 2: _____ se localiza a: _____

Teléfono 3: _____ se localiza a: _____

En caso de no localizarle en una situación de emergencia, ¿permite el traslado de su hijo/a al centro de salud más próximo? SI NO

¿Permite que su hijo/a salga del centro para realizar actividades relacionadas con la asignatura de Educación Física en otro entorno? SI NO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN