



Estimadas familias:

Para la actualización de los datos de su hijo/a necesitamos que rellene el siguiente cuestionario:

NOMBRE DEL NIÑO/A: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS DE CONTACTO:

CASA: \_\_\_\_\_

MÓVIL PADRE: \_\_\_\_\_

MÓVIL MADRE: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

INDIQUEN SI SU HIJO/A TIENE CUALQUIERA DE ESTAS PATOLOGÍAS:

➤ Alergia alimenticia ( indicar a que alimentos ):

➤ Otras alergias:

➤ Enfermedad celiaca: \_\_\_\_\_

➤ Diabetes: \_\_\_\_\_

➤ Convulsiones: \_\_\_\_\_

➤ Asma : \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento regularmente? ¿Para qué?

Algún otro dato relevante relativo a su salud:

FIRMADO  
EL PADRE/MADRE