



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