****

**ALERGIAS Y MEDICAMENTOS**

|  |
| --- |
| **INFORMACION IMPORTANTE****En caso de no completar este cuadro, la autorización no será válida. En caso de no padecer enfermedades o alergias indicar NO . remitir vía email, no es necesario impresión en papel** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/**  |
| **DOMICILIO FAMILIAR EN CASO DE EMERGENCIA** | **CALLE/AVENIDA** |  |
| **NÚMERO** |  |
| **COD.POSTAL** |  |
| **LOCALIDAD** |  |
| **TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** |  |
| **PADECE ALGUNA ENFERMEDAD/ES?**  |  |
| **TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?****FORMA DE APLICACIÓN** |  |
| **ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO?** |  |
| **TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?** |  |
| **OBSERVACIONES** |  |
| **AUTORIZACIÓN (FIRMA)** |  |

|  |
| --- |
| ***EN CASO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD APORTAR INFORME MEDICO Y EXPLICACION DE LA MEDICACION QUE TIENE QUE TOMARSE*** |