



Yo padre/madre del alumno/alumna: _____,
AUTORIZO a utilizar la prestación del Servicio Médico del Centro, así como las
prescripciones de medicamentos y recomendaciones en caso de enfermedad.

- ¿ALERGIA A FARMACOS O ALIMENTOS?

SI NO

1. FARMACO: ¿CUAL? _____

2. ALIMENTOS: ¿CUAL? _____ (Aportar certificados
o informes médicos)

- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? _____

1. TRATAMIENTO _____

2. INFORMES MÉDICOS: Tiene que aportar fotocopia de los informes.

3. MEDICACIÓN QUE TOMA ACTUALMENTE _____

Málaga, a _____ de _____ de 2024.

El padre, madre o tutor legal,

Fdo.: _____

D.N.I. N° _____

