

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?

SI NO

FARMACO: ¿CUAL? _____

- ¿ALERGIA O INTOLERANCIA ALIMENTARIA?:

SI NO

¿CUAL? _____ (En caso de presentar alergias o intolerancias alimentarias diagnosticadas, aportar certificado médico que acredita la imposibilidad de ingerir determinados alimentos.)

- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? _____

1. TRATAMIENTO _____

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

3. MEDICACIÓN QUE TOMA ACTUALMENTE _____

Málaga, a _____ de _____ de 2026.
El padre, madre o tutor legal.

Fdo.: _____
D.N.I. N.º _____

