



CURS 201_-201_

Nom de l'alumna/alumne: _____

Na/En (nom de la mare/pare/tutor legal) _____

amb DNI: _____ declaro que les informacions descrites en
aquest documents són certes.

Observacions generals

Observacions Mèdiques

És al·lèrgic a certs medicaments i/o aliments?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
A quins?:		
Tractament:		
.....		
.....		
.....		
. Només funcionaris amb règim de MUFACE. En cas de necessitar serveis mèdics heu d'anar:		
- Centres mèdics de Castelldefels:		
• _____		
• _____		
- Hospitals:		
• _____		
• _____		

Observacions familiars importants per l'escola

Pares Separats		Pares Divorciats		Hi ha sentència i/o règim de visites	
Si	No	Si	No	Si	No
En cas afirmatiu cal portar a la Direcció del Centre la fotocòpia de la sentència on s'especifiquin: els acords de règim de visites, pàtria potestat, sentència d'allunyament, etc. Aquesta informació és molt important per a vosaltres, per tal que l'escola pugui actuar amb coneixement. Gràcies					

Castelldefels, a _____ d _____ de 201

Signatura