

## DECLARACIÓN ENFERMEDAD

Don/Dña.: \_\_\_\_\_ Padre/Madre o Tutor/a

Del alumno/a: \_\_\_\_\_ del curso: \_\_\_\_\_

Del C.E.I.P. LAS MESAS.

**DECLARO** que mi hijo/a, no padece ninguna enfermedad significativa, ni es alérgico a la penicilina u otros medicamentos, tampoco tiene padecimiento de ataques epilépticos,...o alguna circunstancia de especial interés, que el centro deba tener conocimiento.

En caso de declarar padecimiento de enfermedad, detallar: \_\_\_\_\_

Me hago responsable, como padre/madre, si fuera el caso, de administrarle medicación o tratamiento, en jornada escolar, si mi hijo/a, lo requiere, habiendo sido informado/a, que en ningún caso lo hará el personal docente.

Las Mesas a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Firma padre/madre y/o tutor/a legal del alumno:

D.N.I.: \_\_\_\_\_

## CARTILLA SANITARIA OBLIGATORIA

Estimados padres/madres, nos es absolutamente necesario, tener entre la documentación de todos nuestros alumnos/as, este documento firmado por Ustedes, donde se especifica claramente que saben de la **obligación** de tener actualizada la tarjeta sanitaria de sus hijos/as, y el compromiso por escrito de que si no fueran ustedes beneficiarios de la Seguridad Social u otros seguros, **deben correr con todos los gastos sanitarios**, si se produjera algún accidente en el Colegio y se tuviera que demandar tales servicios.

**Compromiso:** Me haré cargo de todos los gastos sanitarios, que puedan generarse, si mi hijo/a, requiriera **servicios sanitarios** y no estuviera la prestación sanitaria al corriente.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_.

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_.

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_.

Las Palmas de G.C. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Firma padre/madre y/o tutor/a legal del alumno

D.N.I.