



CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
INSTITUTO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA
RIBERA DEL JALÓN

MATRÍCULA

Curso 20. __ - 20. __

NIVEL: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Con objeto de recabar información confidencial relevante para el centro o el área de Educación Física, le rogamos cumplimente la siguiente documentación:

¿Tiene alguna enfermedad que le impida realizar ejercicio físico?

- SÍ
- NO

¿Tiene alguna lesión o enfermedad que deba ser conocida por el profesor de educación física o por el Centro?

- SÍ, ¿Cuál? _____
- NO

ALERGIAS

Como parte del protocolo de atención al alumnado alérgico que está desarrollando la Dirección General de Innovación y Equidad educativa para su implementación, señale por favor si se tiene alguna alergia y el tipo:

- NO ES ALÉRGICO/A A NADA
- SÍ ES ALÉRGICO/A :
 - Alimenticias
 - Medicamentos
 - Ambientales
 - Materiales
 - Animales
 - Otras

OBSERVACIONES:

Arcos de Jalón a ____ de _____ de 20 __

Firma del padre/madre o tutor

Fdo: _____ (indique nombre y apellidos)