



ANEXO. DATOS ACLARATIVOS DEL/LA PARTICIPANTE.

Nº	Apellidos y Nombre	Curso Escolar
Nº	Apellidos y Nombre	Curso Escolar
Nº	Apellidos y Nombre	Curso Escolar

MEDICACIÓN:

¿Debe tomar alguna medicación en el horario del Aula Concilia?

1º Hijo/a: Nombre de la medicación: _____ Horario: _____

2º Hijo/a: Nombre de la medicación: _____ Horario: _____

3º Hijo/a: Nombre de la medicación: _____ Horario: _____

ALERGIAS:

1º ¿Es alérgico a medicamentos? SI NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento? SI NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún animal? SI NO ¿Cuál? _____

ALERGIAS:

2º ¿Es alérgico a medicamentos? SI NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento? SI NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún animal? SI NO ¿Cuál? _____

ALERGIAS:

3º ¿Es alérgico a medicamentos? SI NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento? SI NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún animal? SI NO ¿Cuál? _____

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES Y/O DISCAPACIDAD:

1º ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? SI NO ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna discapacidad? SI NO ¿Cuál? _____

2º ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? SI NO ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna discapacidad? SI NO ¿Cuál? _____

3º ¿Tiene alguna necesidad educativa especial? SI NO ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna discapacidad? SI NO ¿Cuál? _____

OTRA INFORMACIÓN A TENER EN CUENTA:

Los Yébenes, a _____ de _____ de 20____

Firma del progenitor/a custodio del menor/es

