

EN CASO DE EMERGENCIA OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A SU HIJO(A):

1.- Nombre _____

Domicilio _____ Tel _____

2.- Nombre _____

Domicilio _____ Tel _____

REGISTRO MEDICO

Es alérgico a algún medicamento y/o alimento. Si No

¿Cuál? _____

Observaciones _____

Institución Médica _____ Num. De Afiliación _____

Tipo de Sangre _____ Es alérgico a Penicilina Si No Otros Med. _____

Enfermedades que ha padecido _____

Indicaciones en caso de que se presente un cuadro crítico _____

Existe algún impedimento para que el alumno participe en actividades deportivas?

Si No

Cuál? _____

Usa lentes Si No Indicación _____

El alumno requiere se le administre algún medicamento permanentemente? Si No

Indicaciones para su suministro _____

HABITOS DEL ALUMNO

Desayuna antes de asistir a la escuela? Si No

Trae alimentos para su recreo? Si No

Tiene sueño tranquilo? Si No Intranquilo Si No

Hora en que se duerme _____

Como describe la conducta de su hijo(a) _____

Es nervioso? Si No Tímido? Si No

Cómo describe la personalidad de su hijo (a)? _____