

Anexo III: Cuestionario de saúde

Don/dona, pai/nai ou titores/as legais do/a neno/a con DNI núm. **Declaro** baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados no cuestionario de saúde son certos.

O/A nena sofre algún proceso alérxico? SI NON En caso afirmativo, indicar cal:

Fóronlle suministradas as vacinas do calendario vacinal do Servizo público de saúde? SI NON

Padece algunha enfermidade que precise algún coidado especial? SI NON

Padece algunha enfermidade infecto-contaxiosa? SI NON En caso afirmativo, indicar cal.

Padece algunha limitación fisiolóxica ou funcional? SI NON En caso afirmativo, indicar de que tipo.

Necesita tomar algunha medicina* periodicamente? SI NON En caso afirmativo, indicar cales

*(No caso de necesitar tomar calquera medicación deberá ser acompañada do informe médico/pediátrico correspondente onde especifique a forma de administrar o medicamento)

Require dalgunha dieta alimenticia especial (alergias, intolerancias alimentarias, etc.)?

*(No caso de necesitar unha dieta especial deberá achegar un informe médico/pediátrico onde especifique o tipo de dieta)

Grupo Sanguíneo:

Outras observacións que os pais ou responsábeis consideren oportuno advertir:

Anexo IV: Autorizacións para abandonar as instalacións:

Don/dona, pai/nai ou titores/as legais do/a neno/a

SI NON AUTORIZO ás seguintes persoas a recoller a o neno/nena:

1º.-, DNI....., TELF.

2º.-, DNI....., TELF.

3º.-, DNI....., TELF.

SI NON AUTORIZO a que abandone só ou soa as instalacións do comedor escolar

SI NON AUTORIZO á captación de fotografías, imaxes e rexistro de son daqueles eventos organizados polo Concello de Mugarbos nos que apareza o neno/nena, dentro do contexto desta actividade e con fins educativos e de difusión da mesma mantendo sempre a observancia dos dereitos da infancia e sen desvirtuar o seu significado nin o contexto no que foron captadas

SI NON AUTORIZO a que (outra circunstancia)

Asdo.: O/a pai/nai ou titor/a do solicitante



Mugarbos, de de 20__