



CEIP COSTA TEGUISE

D. /Dña. _____

Padre/madre/tutor-a legal del alumno-a _____

Matriculado/a en este Centro en la Etapa de Educación _____

Nivel _____

Declaro que mi hijo-hija **SÍ PADECE** o **NO PADECE** una enfermedad de interés que deba comunicar al Centro, en caso afirmativo presentar informe médico de dicha enfermedad.

No padece

Sí padece. Especificar: _____

Sí adjunta informe.

No adjunta informe.

En _____, a _____ de _____ de 201__

Fdo: _____

DNI _____

