



Fecha: _____ (Inicio uso horario Ampliado)

NOMBRE y apellidos

AULAS: _____

F.N _____

PAÑAL ☐

ALERGIAS (Entregar informe médico a la educadora de referencia): _____

CHUPETE Y OBJETOS DE APEGO _____

ANTITÉRMICO(la familia deberá actualizar dosis) _____

DOSIS _____

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL ALUMNO Y SU D.N.I. (Rellenar solo por usuarios de Horario Ampliado de tarde, y deberán coincidir con las autorizaciones presentadas a su tutor): _____

TELÉFONOS: _____

OBS

FIRMA tutor 1:

Firma tutor 2: