



Nombre y apellidos del alumno/a _____

Enseñanza en la que se matricula: _____ curso en el que se matricula _____

La siguiente información se solicita con el objetivo de facilitar la asistencia sanitaria en servicios de urgencias en el caso de accidente o indisposición del alumno/a durante la actividad escolar (Art. 64 de la orden de 9 de octubre de 2013, Reglamento Orgánico de los centros docentes)

Asistencia sanitaria pública (INNS)

Asistencia sanitaria privada (Mutualista MUFACE, ISFAS, MUGEJU) Entidad médica (Adeslas, DKV, etc.): _____

En caso de asistencia sanitaria privada especificar:

Teléfono de ambulancia concertada en caso de urgencias _____

Centro de urgencias ambulatorias concertado (cercano al centro): _____

Centro de urgencias hospitalarias concertado: _____

Teléfono móvil de la madre/padre o ambos: _____

Cumplimentar en el caso de **alumnado con enfermedades crónicas**: (EN EL CASO DE SEÑALAR ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES **DEBERÁ APORTARSE** EN EL SOBRE DE MATRÍCULA **INFORME O CERTIFICADO MÉDICO** QUE LO ACREDITE, CON RECOMENDACIONES MÉDICAS RELEVANTES EN EL ÁMBITO ESCOLAR)

ENFERMEDAD QUE PADECE: **EPILEPSIA** **ASMA** **DIABETES** **ALERGIA IMPORTANTE (ANAFILAXIA)**

OBSERVACIONES:

Firma de la madre/padre/tutor legal:

.....

En San Cristóbal de La Laguna (Tejina), a ____ de _____ de 20__

TARJETA SANITARIA DEL ALUMNO/A

PEGAR AQUÍ LA COPIA DE LA
CARA DELANTERA

PEGAR AQUÍ LA COPIA DE LA
CARA TRASERA