



CUESTIONARIO DE SAÚDE E AUTONOMÍA PERSOAL

INDICAR SE O SOLICITANTE SUFRE ALGÚN PROCESO ALÉRXICO E/OU ENFERMIDADE OU PATOLOXÍA

(En caso de ser afirmativo, deberán presentalo certificado médico xustificativo) _____

¿QUÉ TIPO DE VACINAS LLE FORON SUMINISTRADAS? _____

¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO? ¿CAL? _____

¿SABE NADAR? _____

PRESENTA ALGÚN PROBLEMA NO DESENVOLVEMENTO QUE AFECTE Á COMPRESIÓN, Á AUTONOMÍA PERSOAL, Á COMUNICACIÓN OU AO COMPORTAMENTO? _____

¿PADECE ALGUNHA ENFERMIDADE OU PATOLOXÍA QUE NECESITE UN COIDADADO ESPECIAL? _____

¿PADECE ALGUNHA LIMITACIÓN FISIOLÓXICA OU FUNCIONAL? _____

¿DE QUE TIPO? _____

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE OS PAIS OU TITORES CONSIDEREN OPORTUNO ADVERTIR

EN CASO DE URXENCIA AVISAR A

NOME E APELIDOS

PARENTESCO

ENDEREZO

NÚMERO

PISO

C.P.

LOCALIDADE

PROVINCIA

TELÉFONO

TELÉFONO MÓBIL

Declaro baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados son certos

Cangas, de de 20__

A/O nai/ pai. Asdo.: _____