

## RECOGIDA DATOS 2020 2021

|                                                                                                                           |                  |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| Primer apellido del alumno/a                                                                                              | Segundo apellido | Nombre            |
| Apellidos y nombre del representante o guardador legal 1                                                                  |                  |                   |
| Teléfono para iPasen                                                                                                      |                  | email para iPasen |
| Apellidos y nombre del representante o guardador legal 2                                                                  |                  |                   |
| Teléfono para iPasen                                                                                                      |                  | email para iPasen |
| <b><u>Situación familiar</u></b>                                                                                          |                  |                   |
| Familia monoparental: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                                                   |                  |                   |
| Hay situación de separación o divorcio: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                                 |                  |                   |
| Hay situación de acogimiento familiar: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No                                  |                  |                   |
| ¿Quién tiene la custodia del menor? : <input type="radio"/> Ambos <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre |                  |                   |
| Información médica del alumno/a                                                                                           |                  |                   |
| ¿Padece alguna enfermedad?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No<br>Especificar en caso afirmativo:          |                  |                   |
| ¿Sigue algún tratamiento periódico?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No<br>Especificar en caso afirmativo: |                  |                   |
| ¿Presenta alergia a medicamentos?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No<br>Especificar en caso afirmativo:   |                  |                   |
| ¿Presenta alergia a algún alimento?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No<br>Especificar en caso afirmativo: |                  |                   |
| Otras:                                                                                                                    |                  |                   |

Málaga, a de \_\_\_\_ de 2020

Firmado: El padre/madre/tutor/a legal D/Dª .....que asegura la veracidad de los datos reflejados en el formulario y exime al centro de cualquier responsabilidad derivada de la información dada en este documento