NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA

D./Dª_____ con DNI

_____ y número de teléfono 1_____

2_____ como madre/ padre/tutor del alumno/a_____

_____, matriculado en el

curso_____

INFORMA

Que su hijo/a_____

nacido el _____ de _____ de _____ padece

la siguiente enfermedad crónica _____

_____

JUSTIFICA

Por medio del informe de salud adjunto, la necesidad del cuidado o atención a la enfermedad de su hijo/a.

Y AUTORIZA

A que el centro educativo que escolariza a su hijo/a se coordine con el centro de salud al que el centro educativo se encuentra vinculado.

En Horche a _____ de _____ de 20____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo.: _____