



C.E.E.E. "VIRGEN MACARENA"

C/ JUAN DE ROBLES N.º 9

41009 - SEVILLA

TUTOR/A \_\_\_\_\_ UNIDAD \_\_\_\_\_

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:** \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_ TLF.: \_\_\_\_\_ MÓVIL.: \_\_\_\_\_

EMAIL.: \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL MADRE:** \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_ TLF.: \_\_\_\_\_ MÓVIL.: \_\_\_\_\_

EMAIL.: \_\_\_\_\_

TRABAJO: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO FAMILIAR:**

C/AVDA \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

OTROS TLF. CONTACTO \_\_\_\_\_

**SI SU HIJO/A TIENE MEDICACIÓN, INDIQUE CUÁLES Y DOSIS.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO MÉDICO \_\_\_\_\_

MÉDICO QUE LO ASISTE \_\_\_\_\_

CRISIS O ATAQUES \_\_\_\_\_

INFORME MÉDICO EN CASO DE QUE EL ALUMNO/A NO PUEDA REALIZAR PRÁCTICAS DEPORTIVA

\_\_\_\_\_

ALERGIAS O INTOLERANCIAS : \_\_\_\_\_

N.º DE LA SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_