



AYUNTAMIENTO DE TEGUISE
LANZAROTE

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./Dña,, con D.N.I.....,
padre/madre, tutor/tutora legal del
alumno/a.....

Declaro que mi hijo/a **SÍ PADECE O NO PADECE** una enfermedad de interés que deba comunicar al Centro, en caso afirmativo presentar informe médico de dicha enfermedad.

(Marcar con una X donde proceda).

NO PADECE.

SÍ PADECE.

Especificar

cual:....., y para que
conste adjunto informe médico.

En..... a.....de.....de 20...

FDO. PADRE/MADRE/TUTOR/A.