

FICHA MÉDICA (3)

Nombre y apellido del alumno/a: Curso:

TRATAMIENTO (PSICOLÓGICO, PSICOPEDAGÓGICO, NEUROLÓGICO, FONOAUDIOLÓGICO, PSICOMOTRIZ, ETC)

Mi hijo/a no está realizando ningún tipo de tratamiento con profesionales.

Mi hijo/a está siguiendo tratamiento con los siguientes profesionales:

Tipo de tratamiento:

Nombre y apellido del profesional:

Teléfono del profesional:

Tipo de tratamiento:

Nombre y apellido del profesional:

Teléfono del profesional:

Tipo de tratamiento:

Nombre y apellido del profesional:

Teléfono del profesional:

Firma del padre, madre o tutor: Aclaración:

Tipo y N° de documento:

Fecha: / / 2021