

## 8) AUTORIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

<b>ALUMNO/A</b>	
<b>FECHA</b>	

<b>PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL</b>		<b>DNI</b>	
<b>PADRE / MADRE TUTOR/A LEGAL</b>		<b>DNI</b>	

AUTORIZAMOS (marque SI o NO):

SI / NO	Motivo
	A la enfermera del colegio para que tenga acceso a la historia clínica de mi hijo/a, tutelado/a.

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)

FIRMA:(padre, madre, tutor legal)

.....  
 (Nombre y apellidos del padre, madre o tutor/a)

.....  
 (Nombre y apellidos del padre, madre o tutor/a)