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 2021

Firma del padre o tutor Firma de la madre o tutora

Se deben rellenar todos los datos y firmar debidamente por ambos progenitores, en el caso de familias monoparentales por el tutor/a legal.