



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 202

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.