



Delegación Provincial

Programa de Salud-Escolar Autorización Revisiones

Por la presente, autorizo al personal del Servicio Andaluz de Salud a realizar a mi hijo/a
(nombre y apellidos)

.....

los reconocimientos requeridos por el Programa de Salud Escolar de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, vigente en cada momento.

Igualmente autorizo para que se le pongan las vacunaciones que se estimen necesarias según el Programa de Vacunaciones de Andalucía.

La presente autorización solo será válida mientras que mi hijo/a permanezca en este centro docente. Pudiendo ser revocada en cualquier momento mediante la firma del impreso correspondiente, disponible en la Dirección del Centro, no siendo válida la revocación verbal.

Firmado el Padre, Madre o Tutor/a legal:

D/Dña:

D.N.I.

Fecha

Observaciones:

1. Mi hijo es alérgico/a :

2. Otras anomalías que presenta mi hijo/a y me parece oportuno señalar son:

.....

.....

Nota: A este impreso es necesario adjuntar fotocopia actualizada del Carnet de Vacunas.

En caso de alergias, tratamiento periódico o enfermedad aportar documentación médica que lo justifique.