



Escuela Especial

PLANILLA DE PROFESIONALES

NOMBRE DEL ALUMNO:.....

Sección:.....

1. ¿Su hijo/a toma alguna medicación? ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?
.....
.....
.....
2. ¿Es Alérgico? Especificar:.....
3. ¿Tiene aplicada la vacuna Antitetánica? ¿En qué fecha?.....
4. ¿Realiza tratamiento Psicopedagógico? SI- NO (Tachar lo que NO corresponda)
 - a) Nombre del profesional:.....
 - b) Horario de atención del niño/a:.....
 - c) Dirección:.....
 - d) E-mail:.....
 - e) Teléfono:.....
5. ¿Realiza tratamiento Psicológico? SI- NO (Tachar lo que NO corresponda)
 - a) Nombre del profesional:.....
 - b) Horario de atención del niño/a:.....
 - c) Dirección:.....
 - d) E-mail:.....
 - e) Teléfono:.....
6. ¿Realiza tratamiento fonoaudiológico? SI- NO (Tachar lo que NO corresponde)
 - a) Nombre del profesional:.....
 - b) Horario de atención del niño/a:.....
 - c) Dirección:.....
 - d) E-mail:.....
 - e) Teléfono:.....
7. ¿Realiza su hijo/a otro tipo de tratamiento? SI- NO (Tachar lo que NO corresponde)
 - a) Nombre del profesional:.....
 - b) Horario de atención del niño/a:.....
 - c) Dirección:.....
 - d) E-mail:.....
 - e) Teléfono:.....
8. ¿Asiste su Hijo/a actividades extraescolares (danza, guitarra, tenis, música, etc.)?
¿Cuáles?
Especificar:.....
Horarios y frecuencia:.....