



ANEXO III. Modelo comunicación de enfermedades y/o alergias.

Nombre y apellidos de la persona solicitante:

DNI:

En mi calidad de Madre/Padre/Tutor/a legal del/la menor, cuyos datos figuran a continuación, y participante en el Servicio de Respiro Familiar.

Nombre y apellidos de la persona menor de edad:

DNI:

Declaro que mi hijo/a padece la/s siguiente/s enfermedad/es y alergias:

En caso de seguir algún tratamiento, indicar cuál:

Autorizo a que ante una situación de emergencia se llame de inmediato a los servicios públicos de emergencia; así como a las personas que a continuación se relacionan.

TELÉFONOS DE EMERGENCIA

Nombre y Apellidos del contacto de emergencia	Parentesco/Relación	Teléfono
1.		
2.		
3.		





Nota: En caso de que el/la menor tenga algún tipo de enfermedad/alergia, además de cumplimentar este Anexo, es obligatorio presentar el correspondiente informe médico que la acredite.

En Sanlúcar de Barrameda, a

de 2026

Fdo.: Padre/Madre/Tutor/a Legal

