

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE LA REVISIÓN MÉDICA

D. , con DNI número, como padre/madre/representante legal del alumno/a matriculado en el curso de

EXPONE

1º. Que, por motivos personales, deseo que al citado alumno/a no le sea practicada la revisión médica anual que tiene por norma realizar el Colegio Luis Vives a fin de averiguar si la salud de sus alumnos/as es la idónea para la vida escolar realizada en el Centro y aplicar las medidas adecuadas en un caso concreto.

2º. Que me comprometo a entregar anualmente al Colegio Luis Vives un Certificado médico oficial en el que conste el estado de salud de mi hijo/a y de su plena aptitud para la vida escolar, acompañado del formulario suministrado por el Centro y el calendario de vacunación establecido por las Autoridades Sanitarias. También me comprometo a comunicar por escrito e inmediatamente al Colegio cualquier cambio en su estado de salud que pueda afectar a su normal vida escolar o la de sus compañeros.

3º. Es por esto que asumo totalmente la responsabilidad que pueda derivar de la información suministrada al Colegio Luis Vives en relación a la salud de mi hijo/a.

Por todo ello

SOLICITA

Se exima a mi hijo/a..... de someterse a la revisión médica realizada anualmente por el Colegio.

Palma de Mallorca, a de de

Firmado:

El Centro Escolar Luis Vives ha recibido el Certificado médico y el formulario debidamente cumplimentado.

Sello del Centre.

Palma, a