

**ESCUELA ESPECIAL**  
**PLANILLA DE PROFESIONALES**

NOMBRE DEL ALUMNO: .....

Sección: .....

1.¿Su hijo/a toma alguna medicación? ¿Cuál? ¿Con qué 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: .....