



Excmo. Ayto. de Chiclana de la Frontera
Delegación Municipal de Educación

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MATERIA DE ABSENTISMO ESCOLAR

JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA

Este documento es confidencial

Nombre y Apellidos del/la usuario/a: _____

Acude acompañado/a de:

- Madre/ Padre / tutores
- Familiar
- Otros

Días previstos de reposos en domicilio:

- hasta 5
- más de 5

La enfermedad lo incapacita para asistir a clases:

- Sí
- No

Ha permanecido en consulta desde las ____ hasta las ____ del día de hoy.

Dr/Dra.: _____

Chiclana de la Fra., a ____ de _____ de 2.0

Firma del/la médico/a

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el Excmo. Ayuntamiento de Chiclana de la Frontera, le informa que los datos personales que nos proporcione, serán incorporados a un fichero de datos de carácter personal responsabilidad de la Delegación Municipal de Educación, con la finalidad de gestionar las comunicaciones que pudieran establecerse entre dicha Administración y terceros, a través del presente cauce.