



DATOS MÉDICOS

Alergias:
Medicamentos:
Alimentos:
¿Padece alguna afección frecuente?:
¿Tiene algún miedo hacia algo en especial?:

Autorizo a Falkatruadas a efectuar en esta cuenta los cargos correspondientes a los servicios anteriormente detallados.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del tutor