

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