

**\* DATOS DO FACULTATIVO**

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Colexiado/a nº: \_\_\_\_\_

Que presta os seus servizos no centro: \_\_\_\_\_

**\* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DO NENO/A CON DISCAPACIDADE**

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Dni: \_\_\_\_\_

Número de cartón sanitario: \_\_\_\_\_

**\* TRASTORNO, ALTERACIÓN, SÍNDROME ou ENFERMIDADE**

▪ Denominación: \_\_\_\_\_

▪ Indicar que tipo de patoloxía, limitación e ou necesidades especiais lle ocasionan:

▪ Indicar que tipo de atencións especiais ou apoios precisa:

▪ Outras observacións que considere oportuno resaltar (tratamento, terapias, etc.):

▪ Achega informes complementarios: :  Si  Non

Lugar e data:

Sinatura do persoal facultativo e selo da institución sanitaria: