

DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA AL CERTIFICADO MÉDICO DE LA SITUACION DEL MENOR

La presente declaración es complementaria a la Certificación Médica y necesaria para la aprobación de las sucesivas prórrogas según el art. 7 del RD 1148/2011.

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Número de la Seguridad social	DNI-NIE-Pasaporte	Teléfono
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor <input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo/permanente		
Horario habitual de su jornada de trabajo: Horario que realiza desde la reducción de jornada por motivo de cuidado de menor con cáncer u otra enfermedad grave:		

2.- DATOS DEL MENOR

Primer apellido	Segundo apellido	
Nombre	Fecha de nacimiento	DNI-NIE- Pasaporte
¿Actualmente acude al colegio/ guardería...? <input type="checkbox"/> SI Centro escolar <input type="checkbox"/> Centro especial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO	Fecha a partir de la que se incorpora al colegio : Nombre del Centro educativo / Colegio: Horario escolar del centro: Horario habitual al que asiste el menor: ¿Durante ese horario necesita acudir al centro para administrar al menor algún tratamiento? ¿En qué consiste la asistencia que debe realizar y con qué periodicidad debe llevarlo a cabo? ¿Hace uso del comedor escolar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿En el colegio hay enfermero/ a o médico/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Debe aportar en caso de estar escolarizado, certificado de escolarización y justificante de asistencia en los 6 últimos meses. (Se adjunta modelo).

DECLARO, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que cumplimento.

Firma solicitante

Firma del responsable y sello del centro.

En a.....dede 20.....