

## DECLARACIÓ COMPLEMENTÀRIA AL CERTIFICAT MÈDIC DE LA SITUACIÓ DEL/DE LA MENOR

### 1.- Persona Beneficiària:

Primer cognom	Segon cognom	Nom	DNI / NIE / Passaport
---------------	--------------	-----	-----------------------

Data d'inici de la jornada reduïda: \_\_\_\_\_ Percentatge: \_\_\_\_\_

Relació amb el /la menor:  Progenitor/a  Acollidor/a  Tutor/a

### 2.- Dades del/la menor:

Cognoms i nom	DNI / NIE / Passaport	Data de naixement
---------------	-----------------------	-------------------

Aquesta declaració complementa la declaració mèdica i l'aprovació de les successives pròrrogues segons l'art. 7 del RD 1148/2011

### 3.- ASSISTÈNCIA MÈDICA

1.- Urgències:

2.- Especialistes:

3.- Controls periòdics:

*\*Adjunteu la documentació que acrediti els punts indicats.*

### 4.- PREVISIÓ D'ACTUACIONS ASSISTENCIALS

### 5.- ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA-EDUCACIONAL

a) Assisteix al col·legi / guarderia / altres / etc.:  SÍ  NO

Freqüència : \_\_\_\_\_

Horari: \_\_\_\_\_

Nom del centre: \_\_\_\_\_

Adreça: \_\_\_\_\_

Localitat: \_\_\_\_\_

b) Previsió d'actuacions:

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno que assumeixo l'obligació de comunicar a la Mútua Egarsat qualsevol variació en les dades declarades que es pugui produir mentre cobri la prestació.

A \_\_\_\_\_, de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Signatura