

DECLARACIÓN COMPLEMENTARIA AL CERTIFICADO MÉDICO DE LA SITUACIÓN DEL MENOR

1.- Beneficiario:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI / NIE / Pasaporte
-----------------	------------------	--------	-----------------------

Fecha de inicio de la jornada reducida: _____ Porcentaje: _____

Relación con el menor: Progenitor Acogedor Tutor

2.- Datos del Menor:

Apellidos y nombre	DNI / NIE / Pasaporte	Fecha de nacimiento
--------------------	-----------------------	---------------------

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

3.- PRECISA ASISTENCIA MÉDICA

1.- Urgencias:

2.- Especialistas:

3.- Controles Periódicos:

**Adjuntar documentación que acredite los puntos indicados.*

4.- PREVISIÓN DE ACTUACIONES ASISTENCIALES

--

5.- ATENCIÓN SOCIO SANITARIA-EDUCACIONAL

a) ¿ Asiste al colegio / guardería / Otros / etc. ? : SI NO

Indique en que consiste:

Frecuencia : _____

Horario : _____

Nombre del Centro: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

b) Previsión de actuaciones:

DECLARO, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno, y quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Egarsat cualquier variación de los mismos que pueda producirse mientras perciba la prestación.

En _____, a ___ de _____ de _____

Firma del beneficiario