

DATOS PERSONALES

CURSO ESCOLAR 20__/20__

<i>Primer Apellido</i>		<i>Segundo Apellido</i>		<i>Nombre</i>	
<i>Fecha de Nacimiento:</i>		<i>Nivel:</i>	<i>Grupo:</i>	<input type="checkbox"/> M	<i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> F
<i>Nombre de la madre:</i>			<i>Nombre del Padre:</i>		
<i>Dirección:</i>			<i>Dirección:</i>		
<i>Teléfono:</i>			<i>Teléfono:</i>		
<i>Correo Electrónico:</i>			<i>Correo Electrónico:</i>		
<i>Otra persona de contacto en caso de ausencia de los anteriores:</i>					
<i>Teléfono de contacto:</i>					

DATOS MÉDICOS

PESO: TALLA:
CALENDARIO VACUNAL AL DIA: SI NO

IMPORTANTE: PARA QUE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS O ALERGIAS PUEDAN SER TENIDOS EN CUENTA TIENEN QUE VENIR ACOMPAÑADAS DE UN INFORME MÉDICO.

ENFERMEDADES CRÓNICAS:	SI	NO	TRATAMIENTO MÉDICO (Adjuntar copia de informe médico)
DIABETES			
ENF. CELIACA			
ASMA			
OTRAS (CUAL):			

ALERGIAS:	SI	NO	INDICAR AGENTE CAUSANTE (Adjuntar copia de informe médico)
ALIMENTARIAS			
MEDICAMENTOSAS			
RESPIRATORIAS			
CONTACTO			
INTOLERANCIAS			
OTRAS			

DEFICIENCIAS:	SI	NO	INDICAR CUAL (Adjuntar copia de informe médico)
AUDITIVAS			
VISUALES			
OTRAS			

SU HIJO/a, ¿toma medicación habitualmente?

SI	NO	CUAL	En caso de ser necesario tomarlo en el colegio indique dosis, pauta...y adjunte informe

¿Autoriza al del Centro Escolar que le administre dicha medicación cuando lo precise durante su estancia en el colegio?

SI	NO	En caso de que su hijo tenga que tomar excepcionalmente alguna medicación en el colegio, deberá informar al mismo y aportar copia del informe médico donde se pauta.

SITUACIONES ESPECIALES

EN CASO DE EMERGENCIA:

Yo, (*nombre del padre, madre o tutor legal*), _____ (padre, madre o tutor legal), del niño/a (*nombre del niño/a*) _____ Autorizo, en caso de emergencia y en mi ausencia, a trasladar a mi hijo/a al centro sanitario, si fuese necesario, utilizando medios propios del Centro, para que así mi hijo pueda recibir los cuidados requeridos según su estado de salud.

**Firma del padre y de la madre o representantes legales
(Firmar por ambos tutores legales en caso de separación o divorcio)**

.....

DATOS JURÍDICOS (patrias potestades, regímenes de custodias, etc.)

-
-
-
-

Estos datos deberán estar justificados y actualizarse cuando se produzcan modificaciones con la documentación pertinente.

AUTORIZACIONES

Autorizo/autorizamos o declaro/declaramos que:

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Mi hijo/a pueda salir del Centro con su clase para realizar actividades complementarias en horario lectivo y con la supervisión del profesorado, sin utilizar medios de transporte, por Lopera (Jaén)
<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de los medios didácticos al alcance de la comunidad escolar, existe la posibilidad de que en éstos puedan aparecer imágenes de vuestros hijos/as durante la realización de actividades extraescolares o complementarias y, dado que el derecho a la propia imagen está reconocido en el artículo 18 de la Constitución Española y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la protección de datos de carácter personal, la Dirección de este centro pide el consentimiento a los padres/madres/tutores legales, para poder publicar las imágenes en las cuales el alumno aparezca individualmente o en grupo que, con carácter pedagógico se puedan realizar en las diferentes secuencias y actividades realizadas en el CEIP Miguel de Cervantes y fuera del mismo en actividades extraescolares y/o complementarias.
<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Consiente que se le administre a su hijo/a, en el caso que lo requiera, desinfectantes del tipo: betadine, cristalmina, barrita reparadora o similares.
<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	Autorizo la cesión de los datos personales de mi hijo/a para su uso por parte de la AMPA o a las autoridades sanitarias competentes, en caso de necesidad

Autorizamos durante el presente curso académico a las siguientes personas para la **RECOGIDA**, si fuera necesario, del alumno

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	DNI	TELÉFONO

En Lopera, a _____ de _____ de 20____

Firma de la madre o tutora legal

Firma del padre o tutor legal

Fdo. _____

Fdo. _____

La información de este documento es confidencial y no podrá ser objeto de difusión atendiendo a la LOPD.

Aviso: Los datos consignados en esta ficha médica son enteramente responsabilidad de los padres y/o representantes del alumno, por lo que en caso de no consignarlos, no actualizarlos u omitirlos, el Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.

Conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que estos datos han sido incorporados al Fichero Automatizado de Alumnos del Colegio para una eficaz gestión.