



**DOCUMENTO Nº 6
FICHA MÉDICA**

(RELLENAR UNA FICHA POR ALUMNO/A. Marque con una X y/o complete)

ALUMNO/A

Nombre	Apellidos
Fecha de nacimiento	Nº seguridad social

DATOS DE CONTACTO

Nombre del padre/madre/tutor legal	
Teléfono de contacto	Otro
Correo electrónico	

DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO/A

■ **Trastornos frecuentes:**

- Resfriados Anginas Faringitis Digestiones pesadas/lentas Estreñimiento
 Hemorragia nasal Eneuresis nocturna Sonambulismo Ninguno

Otros:

--

■ **Enfermedades crónicas**

- Diabetes Migraña Asma Epilepsia Hipertensión Ninguna

Otras:

--

■ **Alergias** SI NO

Especificar (adjunta informe)

--

■ **Alergias a medicamentos** SI NO

Especificar (adjunta informe)

--

■ **Tratamiento durante la estancia** SI NO

Medicamento	Dosis/posología. Horario de administración (adjunta informe)
-------------	--

DATOS NUTRICIONALES DEL ALUMNO/A

■ **Celiaquía:** SI NO

Alimentos que no puede tomar (adjunta informe)

--

Código IAPA nº 2833 Modelo 5799



■ **Alergias a alimentos:** SI NO

Especificar cuáles (adjunta informe)

■ **Otras intolerancias**

Especificar cuáles (adjunta informe)

OTROS ASPECTOS

■ **Se mareea en el autocar:** SI NO

■ **Puede realizar cualquier actividad con normalidad:**

Especificar cuál no y su causa (adjunta informe si es necesario)

■ **Indica todo aquello que consideres que debemos conocer: aspectos de relación, de conducta, afectivos, etc.**

Adjunta informe si es necesario

■ **No olvidar llevar la siguiente documentación:**

- Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social o de seguro privado.
- Las medicinas que se precisen en caso de necesidad.
- Informe médico si es necesario.

■ **AUTORIZO** al equipo docente del CRIE de Almazán la administración de analgésicos para niños (paracetamol, biodramina, ibuprofeno...) en casos de fiebre, dolor de cabeza u otras dolencias leves: SI NO

Con mi firma declaro la veracidad de los datos aportados en la presente ficha médica, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud de mi hijo/a y/o para el resto de los participantes. Así mismo, eximo al equipo docente de toda responsabilidad derivada de la omisión, deliberada o no, por mi parte de los datos que aparecen en esta ficha.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente ficha médica

En....., ade.....de

EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo: DNI:.....

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa con la finalidad gestionar actividades de inmersión en lengua inglesa en el centro rural de innovación educativa de Almazán (Soria). El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la sede electrónica (<https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es>), y en la parte del Portal de Educación de la Junta de Castilla y León (<http://www.educa.jcyl.es>) donde se publicite esta convocatoria.

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012