



**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)



# Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

- **Alergias a alimentos:**       SI    NO

Especificar cuáles (adjunta informe)

- **Otras intolerancias**

Especificar cuáles (adjunta informe)

## OTROS ASPECTOS

- **Se mareo 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....., a .....de.....de 2021.

## EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo..... DNI:.....

Para cualquier consulta relacionada con la materia del procedimiento o sugerencia para mejorar este impreso, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (para llamadas desde fuera de Castilla y León 983 327 850)

INFORMACIÓN SOBRE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	
<b>Responsable del tratamiento</b>	Dirección General de Innovación y Formación del Profesorado.
<b>Finalidad del tratamiento</b>	Gestionar actividades de inmersión en lengua inglesa en el centro rural de innovación educativa de Almazán (Soria).
<b>Legitimación</b>	Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.
<b>Destinatarios</b>	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
<b>Derechos</b>	Derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
<b>Información adicional</b>	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la sede electrónica ( <a href="https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es">https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es</a> ), y en la parte del Portal de Educación de la Junta de Castilla y León ( <a href="http://www.educa.jcyl.es">http://www.educa.jcyl.es</a> ) donde se publicite esta convocatoria.

**SR./A. DIRECTOR/A DEL CRIE DE ALMAZÁN**