**DOCUMENTO Nº 6**

**FICHA MÉDICA**

(RELLENAR UNA FICHA POR ALUMNO/A. Complete y/o marque con una X)

**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:**

Código IAPA nº 2833 Modelo 5799

* 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)

* **Alergias a alimentos**: ❑ SI ❑ NO

Especificar cuáles (adjunta informe)

* **Otras intolerancias**

Código IAPA nº 2833 Modelo 5799

Especificar cuáles (adjunta informe)

**OTROS ASPECTOS**

* **Se marea 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 debamos 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 profesorado acompañante y 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 2022.

**EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL** | |
| ***Responsable del tratamiento*** | *Dirección General de Innovación y Formación del Profesorado.* |
| ***Finalidad del tratamiento*** | *Gestionar actividades de inmersión en lengua inglesa en el centro rural de innovación educativa de Almazán (Soria).* |
| ***Legitimación*** | *Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos.* |
| ***Destinatarios*** | *No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.* |
| ***Derechos*** | *Derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.* |
| ***Información adicional*** | *Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la sede electrónica (*[*https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es*](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*](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 (para llamadas desde fuera de Castilla y León 983 327 850)*

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