

DOCUMENTO Nº 4
FICHA MÉDICA

PARTICIPANTE

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 Hipertensión
 Estreñimiento Hemorragia nasal Enuresis nocturna Epilepsia
 Sonambulismo Diabetes Migraña Asma Ninguna

Otras:

Alergias ambientales: SI NO

Especificar (adjuntar informe médico)

Alergias a medicamentos: SI NO

Especificar (adjuntar informe médico)

Tratamiento durante la estancia: SI NO

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

DATOS NUTRICIONALES DEL ALUMNO/A

Celiaquía: SI NO

Alimentos que no puede tomar (adjunta informe médico)

Alergias a alimentos: SI NO

Especificar cuáles (adjuntar informe médico)

Otras intolerancias:

OTROS ASPECTOS

Se marea en el autocar: SI NO

Puede realizar cualquier actividad con normalidad: SI NO

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...

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

No olvidar llevar la siguiente documentación:

- Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social o de seguro privado (*adjuntar una fotocopia a la documentación*).
- Las medicinas que se precisen en caso de necesidad, junto con el informe médico donde se indique la dosis y el horario de administración.

No se administrarán medicamentos si no hay un informe médico que lo justifique.

✓ **AUTORIZO** al equipo docente del CRIE la **administración de analgésicos** para niños (paracetamol o ibuprofeno) en casos de 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 .

EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo

DNI: _

SRA. DIRECTORA DEL CRIE DE NAVALENO

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por el Centro Rural de Innovación Educativa (CRIE) de Navaleño (Soria) con la finalidad de la participación en las actividades programadas por el CRIE para el curso actual. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada de interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a tercero, 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 parte del Portal de Educación de la Junta de Castilla y León (www.educa.jcyl.es) donde se publicite esta convocatoria.