


ACTIVIDADES ESCOLARES, EXTRAESCOLARES Y COMPLEMENTARIAS – ATENCIÓN SANITARIA DE URGENCIA

ESTE DOCUMENTO TIENE EL OBJETIVO DE DISPONER DE DATOS SANITARIOS EN EL CENTRO EDUCATIVO PARA TRATAR DE PREVENIR CUALQUIER EVENTUALIDAD O ACTUAR CON DILIGENCIA EN EL CASO DE PRODUCIRSE ÉSTA DURANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ESCOLARES, COMPLEMENTARIAS O EXTRAESCOLARES. GARANTIZAMOS LA CONFIDENCIALIDAD DE ESTA INFORMACIÓN.

LOS PADRES, MADRES O TUTORES LEGALES ESTÁN OBLIGADOS A COMUNICAR AL CENTRO POR ESCRITO, CUALQUIER CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE AL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO/A, ASÍ COMO A APORTAR LOS DOCUMENTOS/CERTIFICADOS MÉDICOS QUE JUSTIFIQUEN LA ENFERMEDAD DE SU HIJO/A

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A	CURSO	FECHA NACIMIENTO	DNI Nº

NOMBRE Y APELLIDOS PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL	TELÉFONO EN HORARIO ESCOLAR	DNI Nº
MADRE:		
PADRE:		
TUTOR/A LEGAL:		

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE MI HIJO/A NO PRESENTA NINGÚN PROBLEMA MÉDICO QUE LE IMPIDA REALIZAR ACTIVIDADES ESCOLARES, COMPLEMENTARIAS O EXTRAESCOLAARES, O BIEN QUE CONDICIONE SU PARTICIPACIÓN NORMAL EN LAS MISMAS. Y ME COMPROMETO A NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO EN ESTA SITUACIÓN A TRAVÉS DE UN ESCRITO DIRIGIDO A LA SECRETARÍA DEL CENTRO.	 (Marcar con una X)
---	---

HAGO CONSTAR QUE MI HIJO/A PRESENTA LOS SIGUIENTES **PROBLEMAS MEDICOS** ADJUNTADO INFORME O CERTIFICADO MÉDICO CORRESPONDIENTE

DIABETES	HEMOFILIA	EPILEPSIA	CARDIOPATÍA	ASMA	ESCOLIOSIS
ALERGIA			OTRO		
ESPECIFICAR:			ESPECIFICAR:		

INDICAR CUALQUIER OBSERVACIÓN MÉDICA QUE SE DEBA TENER EN CUENTA:

PERSONA AUTORIZADA POR LA FAMILIA EN CASO DE NECESIDAD	TELÉFONO EN HORARIO ESCOLAR	DNI Nº:

En Icod de los Vinos, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____