

CAMPUS MORAGETE – IES SIERRA PALOMERA 27, 28, 29, 30 y 31 de mayo de 2024

FICHA INFORMACION MEDICA PERSONAL DEL ALUMNO - (LA FIRMA ORIGINAL AL PIE DE LA PÁGINA) Adjuntar fotocopia de la tarjeta Sanitaria (pública o privada) Los datos que figuran en esta ficha serán utilizados exclusivamente para asistir al alumno durante su estancia en el Centro. **REFERENCIAS PERSONALES DEL ALUMNO** Segundo Apellido Nombre: **Primer Apellido:** Lugar de Nacimiento: D.N.I. **Domicilio Actual:** Código Postal: Población y Provincia: ¿Tiene alguna restricción expresa para participar en alguna de las actividades NO programadas? En caso afirmativo indique cuales. NO ¿Está sometido a algún tratamiento médico que deba seguirlo durante su estancia con nosotros?(En caso afirmativo adjuntar instrucciones del tratamiento, autorización e informe médico si fuese necesario). ¿Debe administrarse al alumno/a alguna medicación durante el turno? (En caso NO afirmativo, indicar nombre y dosificación). ¿Padece alguna enfermedad o indisposición? (En caso afirmativo indicar tipo y NO tratamiento a seguir). ¿Padece Algún tipo de alergia o intolerancia a medicamentos, alimentos, insectos, ...? NO (En caso afirmativo indicar tipo y tratamiento). ¿Debe Seguir algún tipo de régimen, dieta o control alimentario durante el transcurso del programa? (En caso afirmativo indicar tipo) ¿Requiere Atención nocturna especial (insomnio, enuresis, sonámbulo,...)? NO ¿Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente, o debido a NO su carácter? Otras observaciones. Cuidados o precauciones sobre su salud y seguridad, costumbres.... Siempre que se produzca un accidente, lesión o cambio relevante en el estado de salud del alumno que requiera una valoración médico-sanitaria externa, la familia será avisada e informada por el centro o al tutor. Dicha valoración se realizará en los Servicios de Urgencia del Hospital General de Autorizo al gerente del centro don Antonio Ramos Pérez a que en caso de accidente o urgencia médica actúe como mejor proceda. Nombre del padre o madre DNI del que Fecha Firma: Firma Original:

firma