

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, informamos que los datos recabados en el presente documento se incorporarán a ficheros automatizados gestionados por el CEIP Fernando Garrido, con la finalidad de mantener actualizada la información del alumnado, y en ningún caso serán cedidos a terceros. Los responsables legales del alumno/a podrán, en cualquier momento, ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la citada Ley.

 Región de Murcia Consejería de Educación y Formación Profesional	CEIP FERNANDO GARRIDO PLAZA PICO ROLDÁN, S/N 30394 CANTERAS (CARTAGENA) TEL: 968553361 FAX: 968553869 Email: 30001953@murciaeduca.es https://colegiofernandogarrido.es/		 CEIP FERNANDO GARRIDO CBM COLEGIOS BILINGÜES REGIÓN DE MURCIA
--	--	---	--

MODELO 9

DATOS PERSONALES E HISTORIA MÉDICA ALUMNADO ACTUALIZACIÓN 09/24

DATOS PERSONALES

1 ^{er} APELLIDO: _____	DOMICILIO: _____
2 ^o APELLIDO: _____	_____
NOMBRE: _____	_____
FECHA NACIMIENTO: _____	LOCALIDAD: _____
CURSO: _____	C.P.: _____
NÚMERO HERMANOS/AS: _____	TELÉFONOS: _____
Incluido el alumno/a	_____
LUGAR QUE OCUPA: _____	_____
Nº SEGURIDAD SOCIAL O ENTIDAD SANITARIA PRIVADA: _____	_____
_____	_____

DATOS FAMILIARES

DATOS DEL PADRE	DATOS DE LA MADRE
1 ^{er} APELLIDO: _____	1 ^{er} APELLIDO: _____
2 ^o APELLIDO: _____	2 ^o APELLIDO: _____
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
FECHA NACIMIENTO: _____	FECHA NACIMIENTO: _____
PROFESIÓN: _____	PROFESIÓN: _____
ESTUDIOS: _____	ESTUDIOS: _____
DOMICILIO: _____	DOMICILIO: _____
_____	_____
TELÉFONO/S: _____	TELÉFONO/S: _____
_____	_____
EMAIL: _____	EMAIL: _____

AUTORIZACIÓN FOTOGRAFÍAS Y FILMACIONES

D./D^a. _____, AUTORIZA QUE DESDE EL CENTRO SE REALICEN FOTOGRAFÍAS O FILMACIONES DE SU HIJO/A, CON MOTIVO DE FIESTAS, ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS,... ASÍ COMO QUE LAS MISMAS PUEDAN SER TRATADAS A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN EXAMFY.

FIRMA (padre/madre/tutor-a)	FIRMA (padre/madre/tutor-a)
-----------------------------	-----------------------------

NOMBRE:

CURSO:

1. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

1.1. Enfermedades de la infancia (varicela, sarampión, hepatitis,...)

1.2. Enfermedades crónicas (diabetes, asma, enfermedades renales,...)*

1.3. Enfermedades del corazón (cardiopatías congénitas, soplos, arritmias,...)

1.4. Enfermedades respiratorias (bronquitis, neumonía,...)

1.5. Enfermedades del aparato locomotor (fracturas, escoliosis, cifosis, pies planos,...)

1.6. Otras enfermedades

2. ALERGIAS*

2.1. Alimentarias

2.2. Medicamentos

2.3. Picaduras insectos

2.4. Otras alergias

3. ANTECEDENTES HEREDITARIOS

3.1. Antecedente familiar por muerte súbita, en menores de 50 años (sin causa aparente)

3.2. Otros antecedentes (enfermedades del corazón, asma bronquial,...)

NOTA: ANTE CUALQUIER DUDA EN LA CUMPLIMENTACIÓN, CONSULTAR CON EL EQUIPO DIRECTIVO*** AUTORIZACIÓN INTERVENCIÓN PRIMEROS AUXILIOS SOPORTE VITAL**

EN EL CASO DE QUE SU HIJO/A PUEDA SER SUSCEPTIBLE DE ALGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS DE SOPORTE VITAL BÁSICO, COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA O CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA, DEBE CUMPLIMENTAR LOS ANEXOS I, II y III (MODELOS EN SECRETARÍA), DEL "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES QUE IMPLIQUEN ALTERACIONES DEL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNADO EN CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS NO UNIVERSITARIOS".