



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

DATOS PERSONALES E HISTORIA MÉDICA ALUMNADO

ACTUALIZACIÓN 09/25

DATOS PERSONALES

1^{er} APELLIDO: _____
 2^o APELLIDO: _____
 NOMBRE: _____
 FECHA NACIMIENTO: _____
 CURSO: _____
 NÚMERO HERMANOS/AS: _____
 LUGAR QUE OCUPA: _____
 Nº SEGURIDAD SOCIAL O ENTIDAD
 SANITARIA PRIVADA: _____

Incluido el alumno/a

DOMICILIO: _____
 LOCALIDAD: _____
 C.P.: _____
 TELÉFONOS: _____

DATOS FAMILIARES

DATOS DEL PADRE

1^{er} APELLIDO: _____
 2^o APELLIDO: _____
 NOMBRE: _____
 FECHA NACIMIENTO: _____
 PROFESIÓN: _____
 ESTUDIOS: _____
 DOMICILIO: _____
 TELÉFONO/S: _____
 EMAIL: _____

DATOS DE LA MADRE

1^{er} APELLIDO: _____
 2^o APELLIDO: _____
 NOMBRE: _____
 FECHA NACIMIENTO: _____
 PROFESIÓN: _____
 ESTUDIOS: _____
 DOMICILIO: _____
 TELÉFONO/S: _____
 EMAIL: _____

AUTORIZACIÓN FOTOGRAFÍAS Y FILMACIONES

D./Da. _____, 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 (MODELOS EN SECRETARÍA), DEL "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES QUE IMPLIQUEN ALTERACIONES DEL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNADO EN CENTROS EDUCATIVOS PÚBLICOS NO UNIVERSITARIOS".