

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 06/26

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".