

FULL D'INFORMACIÓ SANITÀRIA

Sant Adrià de Besòs, ABRIL 2019

Alumne/a _____ **Curs** _____

- Pateix alguna malaltia crònica o deficiència física que l'impedeixi fer alguna activitat física ordinària o esportiva?

- És propens/a a patir refredats, angines, faringitis, mareig, hemorràgies, enuresis nocturna, insomni, mals de panxa, lipofímies, migranyes, asma...? _____
Indiqueu quines i com actuen vostès en aquests casos.

- És al·lèrgic/a a algun medi, element, menjar o medicament?

(en cas afirmatiu, és necessari el justificant mèdic)

- Pren algun medicament? _____

- Quin/s? _____

- Quina dosi? _____

(A l'envàs hauran de posar el nom de l'alumne , l'administració i adjuntar la recepta mèdica i full d'autorització d'administració de medicaments).

- Se li ha aplicat alguna vacuna antitetànica? _____ En cas afirmatiu ,
indiqueu mes i any d'aplicació. _____

- Es mareja , quan viatja? _____ Pren alguna mesura? _____

- Altres observacions d'interès: _____

TELÈFONS ON LOCALITZAR-LOS LES 24h EN AQUESTES DADES

Pare: _____ mòbil: _____ feina: _____

Mare: _____ mòbil: _____ feina: _____

Altres: _____

CONSENTO EXPRESSAMENT I AUTORITZO EL COL·LEGI SANT GABRIEL perquè tracti les dades que voluntàriament cedeixo, d'acord amb el que disposen la Llei 15/1999 de 13 de desembre i la Llei 34/2002 d'11 de juliol i les Directives 95/46/CE i 2000/31/CE, dins de l'àmbit professional del **COL·LEGI SANT GABRIEL**, així com per a què les pugui cedir a aquelles entitats públiques i privades amb les que tingui concert o contracte regulador de transferències d'informació sobre persones.

AUTORITZACIÓ

Pare/mare/tutor _____ DNI _____

Sant Adrià de Besòs, _____ de _____ de 2019 Signatura del pare/mare/tutor