

35GA_FICHA_MÉDICA_ALUMNADO_VIAJES	
APELLIDOS:	NIVEL Y GRUPO:
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE PADRE:	NOMBRE MADRE:
MÓVIL PADRE:	MÓVIL MADRE:
OTRAS PERSONAS DE CONTACTO	
NOMBRE:	MÓVIL:
DATOS MÉDICOS	
¿Su hijo/a tiene algún problema respiratorio?	Sí / No
¿Necesita de algún medicamento o inhalador?	Sí / No
¿Su hijo/a tiene algún tipo de diabetes?	Sí / No
¿Su hijo/a tiene algún tipo de alergia alimentaria?	Sí / No
¿Su hijo/a tiene algún otro tipo de alergia que pueda afectarle durante el viaje?	Sí / No
¿Su hijo/a tiene algún otro tipo de enfermedad que debamos tener en cuenta durante el viaje?	Sí / No
¿Su hijo/a tiene que tomar algún tipo de medicación durante el viaje?	Sí / No
OBSERVACIONES	
<p>Describa aquellos apartados en los que haya dicho <b>SÍ adjuntando el informe médico</b>, en el que se indique: dosis, horario y forma de tomar la medicación, si esta fuera necesaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para poder embarcar en avión, la medicación debe presentarse con prescripción médica.</b></li> </ul>	

D./D <sup>o</sup> _____ en mi calidad de padre / tutor del alumno/a y	
D <sup>a</sup> _____ en mi calidad de madre/tutora, CERTIFICAMOS que, la información aquí descrita corresponde a la realidad del alumno arriba referido.	
Firma Padre/Tutor:	Firma Madre/tutora:
D. _____	D <sup>a</sup> _____
Madrid a _____ de _____ de 20__	

TRATAMIENTO, cesión de imagen y datos. Conoce y consiente que los datos personales reseñados serán incorporados y tratados en un fichero del cual es responsable la Titularidad del Centro, y que tiene por objeto la adecuada organización, y/o prestación y/o difusión de las actividades académicas y extraescolares en la que participan los alumnos, así como de los servicios educativos. Los datos personales, incluidos los de carácter reservado, necesarios para el Sistema Educativo serán facilitados a la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid cuando la misma lo requiera, cumpliendo las condiciones que determine el gobierno de conformidad con la D.A. 23ª de la LOE. De no haber manifestación en contra, los que suscriben el presente documento consienten que los datos relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfonos, correo electrónico, se faciliten a las Asociaciones de Padres, AA.AA.

Los que suscriben este documento en calidad de representantes legales del menor escolarizado en el Centro, autorizan al mismo para que obtenga y utilice imágenes y el nombre del menor relacionadas con la actividad del Centro, en las publicaciones de todo tipo que realice el Centro, ya sean impresas o en formato digital (agenda escolar, orlas, exposiciones, página web, etc.) Así mismo autorizan que dichas imágenes sean obtenidas y difundidas por los medios de comunicación siempre que dicha difusión no comporte intromisión ilegítima en la intimidad, honra o reputación del menor o sea contraria a sus intereses, todo ello en los términos establecidos en el artículo 4 número 3 de la Ley Orgánica 1/ 1996, de protección Jurídica del Menor.

Para ejercitar los derechos de acceso, impugnación, rectificación, cancelación u oposición de sus datos, deberá dirigirse a la Titularidad del Centro por correo electrónico dtitular.eferrari@stfma.com o por documento escrito a C/ Emilio Ferrari, 87 28017 Madrid