

CURSO EN EL QUE SE MATRICULA

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE	APELLIDOS
--------	-----------

Ha padecido alguna de estas enfermedades (**en caso afirmativo marque con una X**):

Paperas	☐	Rubeola	☐	Meningitis	☐
Sarampión	☐	Varicela	☐	Escarlatina	☐

¿Siguió correctamente el calendario oficial de vacunaciones: Sí ☐ NO ☐

Padece alguna de estas enfermedades: (**en caso afirmativo marque con una X**)

Asma ☐ Epilepsia ☐

Otras:

¿Tiene alguna alteración visual?
(En caso afirmativo indique cuál)

¿Tiene alguna alteración auditiva?
(En caso afirmativo indique cuál)

¿Tiene alguna dificultad en la movilidad?
(En caso afirmativo indique cuál)

¿Se le ha realizado alguna intervención al niño/a? Sí ☐ NO ☐

¿Cuál?

¿Es **CELIACO**? Sí ☐ NO ☐

¿Es **DIABÉTICO**? Sí ☐ NO ☐

¿Utiliza **INSULINA**?

Sí ☐ NO ☐

En caso afirmativo, por favor acompañar con informe médico de pauta.

¿Padece **TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)**?

Sí ☐ NO ☐

¿Sigue en la actualidad algún **tratamiento** farmacológico?

Sí ☐ NO ☐

¿Cuál?

¿Tiene algún tipo de **ALERGIA**?SÍ ☐NO ☐

☐	ANIMALES	¿Cuál?	
☐	PLANTAS	¿Cuál?	
☐	ALIMENTOS	¿Cuál?	
☐	INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO	¿Cuál?	
☐	MEDICAMENTOS	¿Cuál?	
☐	A ALGÚN TEJIDO (por Dermatitis atópica)	¿Cuál?	

ALGUNA OTRA OBSERVACIÓN

NOTA IMPORTANTE:
TODA PATOLOGÍA O ENFERMEDAD SEÑALADA, DEBE IR ACOMPAÑADA DE SU INFORME MÉDICO, TRATAMIENTO Y PRESCRIPCIÓN.

AUTORIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Para la fiebre o dolor:

☐

Paracetamol (Apiretal, Gelocatil)

☐

Ibuprofeno (Dalsy)

Firma PADRE/TUTOR	Firma MADRE/TUTOR
Nombre _____	Nombre _____
DNI _____	DNI _____
En Madrid, a _____ de _____ de 20__	

INFORMACIÓN RGPD

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS MARAVILLAS, CALLE GUADALQUIVIR, 9, CP 28002, MADRID (Madrid). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es)