



2004 - 2014 diez años de bilingüismo / ten years of bilingualism

Anexo VI. ALERGIAS y/o ENFERMEDAD CRONICA

Rellenar solo en caso de padecer alguna de ellas. En caso contrario, no enviar

DATOS DEL ALUMNO/A

Apellidos	Nombre	Fecha nacimiento

TÉLFONOS CONTACTO EN CASO DE URGENCIA

--	--	--	--

ALERGIAS (Marcar las que correspondan)

Medicamentosas	Alimentarias	Ambientales	Otras

DESCRIPCIÓN DE LAS ALERGIAS (Describa brevemente cuál/es)

--

ENFERMEDADES CRÓNICAS (Marcar las que correspondan):

Asma	Diabetes	Crisis Convulsiva	Cardiopatías	Otras

En caso de precisar administración de **medicación en el colegio**, indicar cuál, la dosis y la vía de administración. **ES OBLIGATORIO ENTREGAR EL INFORME MÉDICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO** en Secretaría. Este último pueden descargarlo de la página web del centro.

TRATAMIENTO EN EL COLEGIO PARA ALERGIAS

TRATAMIENTO EN EL COLEGIO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

--	--

San Agustín del Guadalix, a ____ de _____ de 20__

Firma del padre/tutor

Firma de la madre/tutora

Fdo.:

Fdo.:

Los datos personales recogidos serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE)2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supervisión, oposición y limitación de tratamiento.