



CUESTIONARIO MÉDICO

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por los representantes legales del alumnado quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita. Los datos de carácter personal serán tratados con el grado de protección adecuado, según el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, tomándose las medidas de seguridad necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado por parte de terceros que lo puedan utilizar para finalidades distintas para las que han sido solicitados a los representantes legales del alumnado. Los datos de carácter personal objeto del tratamiento automatizado sólo podrán ser cedidos, según consta en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del afectado



DATOS PERSONALES

Table with 3 columns: Apellidos y nombre, Fecha de nacimiento, Curso; Apellidos y nombre del padre, Telf, e-mail; Apellidos y nombre del madre, Telf, e-mail.

ALERGIAS

Table with 3 columns: POLÍNICA/ASMÁTICA, MEDICAMENTOS, ALIMENTICIA. Rows for Indicar tipo and Tratamiento.

ENFERMEDADES

Table with 3 columns: CRÓNICAS (diabetes, neurológicas, gástricas, ...), ÓSEA (impedimento actividad física), OTRAS. Rows for Indicar tipo and Tratamiento/régimen de vida.





OTRAS OBSERVACIONES APORTADAS POR LOS REPRESENTANTES LEGALES:

NOTA: Cualquier indicación de enfermedad o alergia debe ser justificada CON la presentación del informe médico correspondiente indicando diagnóstico, tratamiento y régimen de vida.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados son ciertos.

Camas, a                      de                      de 20

Fdo.:  
(Representante legal 1)

Fdo.:  
(Representante legal 2)

Autorizo/amos en caso de presentar alguna contraindicación médica

No autorizo/amos por prescripción médica

A que realice nuestro hijo/a las actividades físicas programadas para el área de Educación Física, responsabilizándome/nos de la decisión tomada por mi/nuestra parte en este cuestionario médico

Camas, a                      de                      de 20

Fdo.:  
(Representante legal 1)

Fdo.:  
(Representante legal 2)

