



# Junta de Castilla y León

Consejería de Educación  
Delegación Territorial de Soria  
CRIE DE BERLANGA

## DOCUMENTO N°6 FICHA MÉDICA

### PARTICIPANTE

Nombre	Apellidos
Fecha de nacimiento	Nº seguridad social

### DATOS DE CONTACTO

Nombre del padre/madre/tutor legal	
Teléfono de contacto	Otro
Correo electrónico	

### DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO/A

▪ **Trastornos frecuentes:**

- Resfriados     Anginas     Faringitis     Digestiones pesadas/lentas     Estreñimiento  
 Hemorragia nasal     Eneuresis nocturna     Sonambulismo     Ninguno

Otros:

▪ **Enfermedades crónicas:** (adjunta informe si es necesario)

- Diabetes     Migraña     Asma     Epilepsia     Hipertensión     Ninguna

Otras

▪ **Alergias:**     SI     NO

Especificar (adjunta informe)

▪ **Alérgico/a a medicamentos:**     SI     NO

Especificar (adjunta informe)

▪ **Tratamiento durante la estancia:**     SI     NO

Medicamento

Dosis/posología. Horario de administración. (Adjunta informe)

### DATOS NUTRICIONALES DEL ALUMNO/A

▪ **Celiaco/a:**     SI     NO

Alimentos que no puede tomar (adjunta informe)



# Junta de Castilla y León

Consejería de Educación  
Delegación Territorial de Soria  
CRIE DE BERLANGA

- **Alérgico/a a alimentos:**  SI  NO

Especificar cuáles (adjunta informe)

- **Otras intolerancias:**

Especificar cuáles (adjunta informe)

## OTROS ASPECTOS

- **Se mareo en el autocar:**  SI  NO

- **Puede realizar cualquier actividad con normalidad:**  SI  NO

Especificar cuál no y su causa (adjunta informe si es necesario)

- **Indica todo aquello que consideres que debemos conocer: aspectos de relación, de conducta, afectivos, etc...**

Especificar cuál no y su causa (adjunta informe si es necesario)

- ✓ **No olvidar llevar la siguiente documentación:**

- Tarjeta Sanitaria de la Seguridad Social o de seguro privado.
- Las medicinas que se precisen en caso de necesidad.
- Informe médico si es necesario.

- ✓ **AUTORIZO** al equipo docente del CRIE la administración de analgésicos para niños (paracetamol o ibuprofeno) en casos de fiebre, dolor de cabeza u otras dolencias leves:  SI  NO

*Con mi firma declaro la veracidad de los datos aportados en la presente ficha médica, no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud de mi hijo/a y/o para el resto de los participantes. Así mismo, eximo al equipo docente de toda responsabilidad derivada de la omisión, deliberada o no, por mi parte de los datos que aparecen en esta ficha.*

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente ficha médica en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Fdo.: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

## SRA. DIRECTORA DEL CENTRO RURAL DE INNOVACIÓN EDUCATIVA (CRIE) DE BERLANGA DE DUERO

*Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán utilizados por la Dirección Provincial de Educación de Salamanca/Valladolid, con carácter único y exclusivo, para la participación en las actividades del CRIE de Berlanga. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada de interés público en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.*

*Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la página web del CRIE de Berlanga (<http://crieberlanga.centros.educa.jcyl.es>).*