

Anexo I

DECLARACIÓN RESPONSABLE MÉDICO-SANITARIA POR LA QUE AUTORIZA LA PARTICIPACIÓN EN ESTANCIAS FORMATIVAS DE INGLÉS PARA ALUMNADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA REGIÓN DE MURCIA PARA EL CURSO 2021-2022

La ficha médica debe ser rellenada por el participante con todos los datos cumplimentados, verídicos y en MAYÚSCULA. Esta información es vital para el tratamiento médico en caso de necesidad. ES IMPRESCINDIBLE JUSTIFICAR CUALQUIER INTOLERANCIA, ALERGIA O DOLENCIA IMPORTANTE CON JUSTIFICANTE MÉDICO (copia grapada a esta ficha). Y recuerde FIRMAR el documento. Muchas gracias por su colaboración. Y RECUERDE LLEVAR SU TARJETA SANITARIA.

Nombre del participante: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

En caso de emergencia, avisar a:

Nombre de la persona de contacto Parentesco Teléfono de contacto

1 _____

2 _____

DATOS MÉDICOS GENERALES:

Dieta.

Seleccione la opción que se le aplique:

- Mi hijo/a tiene una dieta normal
 Mi hijo/a una dieta vegetariana (no come carne)
 Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias: _____

Alergias:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas
 Mi hijo/a es alérgico a la siguiente comida: _____

Intolerancias:

- Mi hijo/a no tiene intolerancias conocidas
 Mi hijo/a tiene intolerancia a: _____

Medicamentos:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a medicamentos
 Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos: _____

Sustancias:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a ningún tipo de sustancias
 Mi hijo/a es alérgico/a a las siguientes sustancias: _____

Enfermedades:

Seleccione la opción que se aplique a su hijo/a:

- Mi hijo/a no padece ninguna enfermedad crónica y puede participar en todas las actividades
 Mi hijo/a padece (SUBRAYE el que proceda):
 Asma, Migraña, Problemas cardiacos, Incontinencia urinaria nocturna
 Infecciones de oído frecuentes, Problemas digestivos, Sonambulismo, Diabetes
 Otras _____

Vacunación:

Seleccione la opción

- Mi hijo/a está correctamente vacunado
 Mi hijo/a está vacunado de la Covid

AUTORIZACIÓN MÉDICA

Autorizo a la a la empresa adjudicataria de las estancias formativas de inglés 2022 para que proporcione asistencia médica, traslado a centro sanitario y su posterior tratamiento en caso de enfermedad o accidente de mi hijo/a.

En _____, a _____ de _____, de 2022

Firma del padre/madre o tutor

Fecha de la firma:

PROTECCIÓN DE DATOS: Estos datos serán tratados cumpliendo con el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales, adaptado al ordenamiento jurídico español mediante Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Se informa que los datos personales recogidos por medio de esta documentación serán tratados por la Dirección General de Formación Profesional e Innovación de la Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de forma confidencial, de acuerdo con la normativa vigente y que la finalidad del tratamiento es el cumplimiento de los requerimientos dispuestos en la normativa que convoca la presente Resolución.