

Información concerniente al proyecto :

Erasmus 2025-1-ES01-KA121-SCH-000313896

Fecha de realización:

Alumno/a: _____

DECLARACIÓN MÉDICO-SANITARIA

La ficha médica debe ser rellenada por los padres/tutores del participante con todos los datos cumplimentados, verídicos, completos y en MAYÚSCULA. ***Esta información es vital para el tratamiento médico de su hijo/a en caso de necesidad.*** Es ***imprescindible justificar*** cualquier intolerancia, alergia o dolencia con justificante médico.

Del mismo modo, si el alumno/a toma habitualmente alguna medicación, la familia se compromete a suministrar al alumno/a las dosis necesarias para los días que dura el viaje y adjuntar prescripción médica de dicha medicación (copia grapada a esta ficha)

En caso de emergencia, avisar a:

Nombre de la persona de contacto	Parentesco	Teléfono

DATOS MÉDICOS GENERALES:

DIETA:

- Mi hijo/a tiene una dieta normal
- Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias:

ALERGIAS:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas

Mi hijo/a es alérgico a:

INTOLERANCIAS:

Mi hijo/a no tiene intolerancias conocidas

Mi hijo/a tiene intolerancia a:

MEDICAMENTOS:

Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a medicamentos

Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos:

ENFERMEDADES:

Mi hijo/a no padece ninguna enfermedad y puede participar en todas las actividades

Mi hijo/a padece:

Asma

Migraña

Problemas cardiacos

Problemas digestivos

Sonambulismo

Diabetes

Otras _____

VACUNACIÓN

Mi hijo está correctamente vacunado

MEDICACIONES HABITUALES:

Mi hijo/a no toma ninguna medicación habitual

Por prescripción médica, mi hijo/a toma:

Con la siguiente dosis:

D./Dña _____
_____ con DNI _____, y madre/padre/tutor del
alumno/a _____

1. Declaro que todos los datos que aporte son verdaderos y me comprometo a poner en conocimiento del IES Fidiaiana cualquier novedad que pudiera sobrevenir antes o durante la realización del proyecto Erasmus+ en el que participa el alumno/a.
2. Declaro estar informado de que el seguro de viaje contratado no cubre ninguna enfermedad preexistente al viaje y que de ser necesario, el alumno/a estaría cubierto por su tarjeta sanitaria europea.
3. Autorizo al IES Fidiaiana y en su representación a los profesores acompañantes durante la actividad arriba indicada, para que proporcionen asistencia médica, traslado a centro sanitario y su posterior tratamiento en caso de enfermedad o accidente de mi hijo/a.

En Córdoba, a _____ de _____, de 20__

Firma de la madre/padre o tutor:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales son tratados por el IES Fidiaiana, con la finalidad de tramitar su solicitud Erasmus+. La persona titular podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación, indicándolo por escrito al IES Fidiaiana con domicilio en Saturno s/n 14001 Córdoba (España), o en la forma prevista en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común.