



Ficha Médica:

NOMBRE Y APELLIDOS:.....

EDAD:.....

TIENE ALERGIA O INTOLERANCIA A:

MEDICAMENTOS:..... ¿CUÁLES?:

FLORES: ¿CUÁLES?:

PICADURAS DE INSECTOS: ¿CUÁLES?:

ALIMENTOS: ¿CUÁLES?:

POLEN:.....POLVO:..... PELOS DE ANIMALES: ¿QUÉ ANIMALES?:

OTRAS ALERGIAS:

ES PROPENSO A: (Indicar SI o NO)

ANGINAS:CRISIS EPILÉPTICAS: FIEBRE:DOLORES DE CABEZA:.....

OTROS ¿CUÁLES?:

CUESTIONES ALIMENTARIAS

INDICAR ALIMENTOS QUE NO PUEDE TOMAR:

.....
.....
.....
.....

Firma del padre/madre o tutor

OBSERVACIONES GENERALES:

.....
.....
.....
.....
.....

Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de los medios didácticos al alcance de la comunidad escolar y la posibilidad de que en estos puedan aparecer imágenes de vuestros hijos durante la realización de las actividades en el taller, y dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al artículo 18. de la Constitución y regulado por la Ley 1/1982, de 5 de mayo, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. La Diputación de Palencia pide el consentimiento a los padres o tutores legales para poder publicar las imágenes en las cuales aparezcan individualmente o en grupo que con carácter pedagógico se puedan realizar a los niños y niñas, en las diferentes actividades realizadas en el taller. Gracias

Autorizo (Indicar SI o NO): SI NO

PALENCIA A.....DE..... 2018