

FICHA MÉDICA

(por favor, rellenar los datos en MAYÚSCULAS)

DATOS DEL ALUMNO

apellidos	nombre	curso	fecha de nacimiento

CONTACTO PRINCIPAL EN CASO DE EMERGENCIA:

persona de contacto 1	parentesco:		
apellidos	nombre	teléfono	
persona de contacto 2	parentesco:		
apellidos	nombre	teléfono	

DATOS MÉDICOS:

número de la Seguridad Social:	preferencia hospital:

ALERGIAS / INTOLERANCIAS / cualquier consideración especial de salud:

--

Autorizo a los monitores contratados por el AMPA a administrar a mi hijo/a ibuprofeno, paracetamol, antihistamínico, antiséptico (con o sin yodo) o arnica en gel o crema en caso de accidente durante la/s actividad/es relacionada/s, siempre y cuando se sigan los procedimientos de seguridad y protocolo de accidentes establecidos.

Firma del padre/madre/tutor legal:	Fecha:

Autorizo a que se realicen todos los tratamientos médicos y quirúrgicos, pruebas y cualquier otro procedimiento médico u hospitalario que pueda prescribir el médico o personal sanitario que atienda y renuncio a mi derecho a un consentimiento informado del tratamiento. Esta renuncia sólo se aplicará en el caso de que no se pueda establecer contacto con los padres o tutores legales en caso de emergencia, autorizando en ese caso el traslado del menor por parte de los responsables de la actividad por sus medios y otros que fueran precisos al centro sanitario correspondiente.

Firma del padre/madre/tutor legal:	Fecha:

Autorizo a mi hijo/a a participar en las actividades extraescolares y descargo al Colegio Portugal, al AMPA y al personal de dicho colegio de responsabilidad en caso de accidente durante la/s actividad/es relacionada/s, siempre y cuando se sigan los procedimientos de seguridad y protocolo de accidentes establecidos.

Firma del padre/madre/tutor legal:	Fecha: