

Anexo I EC

AUTORIZACIÓN E INFORME SOBRE ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LOS ALUMNOS/AS.

NOMBRE:	APELLIDOS:		
NOMBRE DEL PADRE:		TELÉFONO:	
NOMBRE DE LA MADRE:		TELÉFONO:	
CURSO:	TUTOR/A:		
NOMBRE O DENOMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD:			
MEDICAMENTOS QUE SUMISTRA:			
EMERGENCIA:			
ACTUACIONES EN CASO DE EMERGENCIA:			
<p>En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos de que los datos que le solicitamos serán incorporados a un fichero donde serán utilizados exclusivamente para la finalidad indicada.</p>			

**INFORMACIÓN INDIVIDUAL SOBRE LA ACTUACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA
POR ENFERMEDAD CRÓNICA**

NOMBRE:	APELLIDOS:
TELÉFONO DEL PADRE:	TELÉFONO DE CASA:
TELÉFONO DE LA MADRE:	OTROS TELÉFONOS A LOS QUE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA:
INDIQUE SI ACTUALMENTE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA: SI NO MARQUE CUAL EN CASO AFIRMATIVO: EPILEPSIA DIABETES ASMA ALERGIAS OTRAS: _____	