



Canterbury School

Gran Canaria

CUESTIONARIO DE INFORMACION DEL ALUMNO

(Rogamos cumplimentar con letra mayúscula, clara y legible, firmar y devolver al tutor lo antes posible)

DATOS DEL ALUMNO

Nombre:..... Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio: Localidad:

DATOS MÉDICOS DEL ALUMNO

Rogamos indicar aquí si el alumno sigue algún tipo de tratamiento o dieta, para que el profesor del Centro le haga un seguimiento del mismo. Al igual que sí padece de alguna alergia o enfermedad, tratamiento que sigue o que pudieran seguir si le sobrevinieran los síntomas que lo requieran, con instrucciones claras para realizarlo. **Indicar cualquier observación que sea necesaria para los profesores y los monitores.**

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

DATOS DE LOS ADULTOS A CARGO DEL ALUMNO

Adulto (1)

Nombre y Apellidos:..... D. N. I.:.....

Relación con el alumno:..... Telf. Casa:..... Telf. Móvil:.....

Adulto (2)

Nombre y Apellidos:..... D. N. I.:.....

Relación con el alumno:..... Telf. Casa:..... Telf. Móvil:.....

EN CASO DE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO QUE REQUIERA DE TRATAMIENTO EN EL COLEGIO, DEBERÁ ADJUNTAR UN JUSTIFICANTE DE SU MÉDICO Y UN ESCRITO CON INSTRUCCIONES DE SU ADMINISTRACIÓN Y EN EL CUAL AUTORIZA AL PERSONAL DEL CENTRO A LA MISMA.

Doy mi consentimiento expreso como representante legal del/la alumno/a, para que los datos médicos facilitados, puedan ser utilizados por el personal del centro o en su defecto por el personal de la actividad por el interés del/la alumno/a.

Yo (persona autorizante),..... con NIF.....

represento y garantizo que soy el padre, madre o tutor legal de (alumn@)

cuya autorización y consentimiento expreso para el tratamiento de datos médicos y de carácter personal se solicita.

He leído y acepto los términos aquí presentes y doy mi consentimiento para que sean tratados por el personal arriba indicado.

Firma:.....

Fecha:.....