

**A IDENTIFICACIÓ / IDENTIFICACIÓN**

## DADES DE L'ALUMNE/A / DATOS DEL ALUMNO/A

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO
---------------------	--------------	------------------------------------

## DADES DEL PARE/MARE/TUTOR/A / DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIF
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFONS / TELÉFONOS

**B VACUNES REBUDES (assenyaleu la data) / VACUNAS RECIBIDAS (anotar la fecha)**

TÉ COMPLET EL CALENDARI DE VACUNACIÓ FINS ALS 18 MESOS? / ¿TIENE COMPLETO EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN HASTA LOS 18 MESES?				sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA SIGUT VACUNAT D'HAEMOPHYLUS? / ¿HA SIDO VACUNADO DE HAEMOPHYLUS?				sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TÉTANOS-POLIOMELITIS? / ¿TÉTANOS-POLIO?		TRIPLE VÍRICA?		sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HEPATITIS B	PRIMERA DOSI / PRIMERA DOSIS	SEGONA DOSI / SEGUNDA DOSIS	TERCERA DOSI / TERCERA DOSIS		
LI HA SIGUT ADMINISTRADA ÚLTIMAMENT CAP ALTRE TIPUS DE VACUNA O GAMMAGLOBULINA? INDIQUEU QUINA I LA DATA: ¿LE HA SIDO SUMINISTRADA ÚLTIMAMENTE ALGÚN OTRO TIPO DE VACUNA O GAMMAGLOBULINA? INDICAR CUAL Y FECHA:					
TÉ AL·LÈRGIA A CAP MEDICAMENT? INDIQUEU QUIN / ¿TIENE ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO? INDICAR CUAL					
TÉ AL·LÈRGIA A CAP ALIMENT? INDIQUEU QUIN / ¿TIENE ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO? INDICAR CUAL					
PATIX CAP MALALTIA CRÒNICA? INDIQUEU QUINA / ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? INDICAR CUAL					
PRESENTA ASMA D'ESFORÇ? / ¿PRESENTA ASMA DE ESFUERZO?				sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA DE PENDRE CAP MEDICAMENT DURANT L'ESTADA A _____ ? ¿DEBE TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO DURANTE SU ESTANCIA EN _____ ?				NO <input type="checkbox"/>	
EN EL CAS DE TINDRE CAP MINUSVALIDESA, INDIQUEU EL TIPUS I EL GRAU EN CASO DE TENER ALGUNA MINUSVALÍA, INDICAR EL TIPO Y EL GRADO				<input type="checkbox"/> FÍSICA	<input type="checkbox"/> PSÍQUICA
				<input type="checkbox"/> SENSORIAL	<input type="checkbox"/> GRAU

**C PER ALS MENORS DE 18 ANYS / PARA MENORES DE 18 AÑOS**

Autoritze la direcció de l'escola o vaixell-escola, en cas de màxima urgència, amb coneixement i prescripció mèdics, a prendre les decisions medicoquirúrgiques necessàries, si ha estat impossible localitzar-me.

Autorizo a la dirección de la escuela o buque-escuela, en caso de máxima urgencia, con conocimiento y prescripción médicos, a tomar las decisiones médico-quirúrgicas necesarias, si ha sido imposible mi localización.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El-la pare-mare o tutor-a / El-la padre-madre o tutor-a

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).