



CURSO 2019/20
COLEGIO SAN BUENAVENTURA

Plaza Circular, 10 - 968235600
30008 MURCIA

.....
: Por favor, esta ficha debe ser cumplimentada por los padres o tutores legales y entregada al tutor junto con tres :
: fotos y además dos copias del DNI, en el caso 1º de Bach., y una copia del DNI, en el caso de 2º de Bach. :
:

NIVEL: BACHILLERATO	CURSO/SECCIÓN: _____/_____	
APELLIDOS: _____	NOMBRE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año): _____	SEXO (hombre/mujer): _____	
CIUDAD DE NACIMIENTO: _____	PAÍS DE NACIMIENTO: _____	NACIONALIDAD: _____
DNI/NIF (obligatorio): _____	@: _____	
DOMICILIO: _____	LOCALIDAD: _____	C.P: _____
TFNO. CASA: _____	TFNO. MÓVIL (alumno): _____	

Datos del padre:	
NOMBRE Y APELLIDOS: _____	TFNO. MOVIL: _____
PROFESIÓN: _____	@: _____

Datos de la madre:	
NOMBRE APELLIDOS: _____	TFNO. MOVIL: _____
PROFESIÓN: _____	@: _____

DATOS DEL CENTRO ANTERIOR (alumnos nuevos)

NOMBRE DEL CENTRO: _____
DIRECCIÓN: _____ **TFNO: _____**

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS. Responsable: COLEGIO SAN BUENAVENTURA – Provincia de Hermanos Menores Capuchinos de España. **Finalidad:** La gestión tutorial de los datos contenidos en esta ficha del alumno. **Legitimación:** Consentimiento expreso del interesado. DA 23ª LOE y normativa de desarrollo. Ejecución de un contrato. Interés legítimo. **Destinatarios:** No se cederán datos a terceros, salvo en los casos de obligación legal. **Derechos:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. **Información adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: www.colegiosanbuenaventura.es

DATOS MÉDICOS

<p>¿Padece algún problema cardiovascular? En caso afirmativo amplíe los datos:</p>	NO	SI
<p>¿Padece algún tipo de alergia? (medicamentos, insectos, alimentos, plantas, ...) En caso afirmativo amplíe los datos:</p>	NO	SI
<p>¿Padece asma o algún problema respiratorio? En caso afirmativo amplíe los datos:</p>	NO	SI
<p>¿Padece algún tipo de deformación en los pies? En caso afirmativo amplíe los datos:</p>	NO	SI
<p>¿Padece alguna desviación en la columna vertebral? En caso afirmativo amplíe los datos:</p>	NO	SI
<p>¿Toma algún medicamento habitualmente? En caso afirmativo amplíe los datos:</p>	NO	SI
<p>Para la administración de medicamentos (solo por vía oral recetados por tratamiento o para el caso de paracetamol e ibuprofeno) en horario escolar es necesario tener una autorización expresa y por escrito de los padres o tutores legales:</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo al colegio San Buenaventura, Capuchinos, Murcia, a suministrar los medicamentos arriba señalados.</p>		
<p>Otras consideraciones oportunas:</p>		

Firma del padre o tutor legal

Fdo. _____

CAMPO OBLIGATORIO

Firma de la madre o tutor legal

Fdo. _____

CAMPO OBLIGATORIO