



# CURSO 2020/2021

## 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 dos fotos y, en 3º y 4º ESO, copia del DNI.

**NIVEL: ESO** **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 Y APELLIDOS :** \_\_\_\_\_ **TFNO. MOVIL:** \_\_\_\_\_  
**PROFESIÓN:** \_\_\_\_\_ **@:** \_\_\_\_\_

### DATOS DEL CENTRO ANTERIOR (alumnos nuevos)

**NOMBRE DEL CENTRO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **TFNO:** \_\_\_\_\_

# DATOS MÉDICOS

|   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Padece algún problema cardiovascular?<br>En caso afirmativo amplíe los datos:  | NO | SÍ |
| ¿Padece algún tipo de alergia? (medicamentos, insectos, alimentos, plantas, ...)<br>En caso afirmativo amplíe los datos:  | NO | SÍ |
| ¿Padece asma o algún problema respiratorio?<br>En caso afirmativo amplíe los datos:   | NO | SÍ |
| ¿Padece algún tipo de deformación en los pies?<br>En caso afirmativo amplíe los datos:  | NO | SÍ |
| ¿Padece alguna desviación en la columna vertebral?<br>En caso afirmativo amplíe los datos:  | NO | SÍ |
| ¿Toma algún medicamento habitualmente?<br>En caso afirmativo amplíe los datos:  | NO | SÍ |
| <b>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:</b><br><input type="checkbox"/> Autorizo al colegio San Buenaventura, Capuchinos, Murcia, a suministrar los medicamentos arriba señalados. |    |    |
| <b>Otras consideraciones oportunas:</b>   |    |    |

Firma del padre o tutor legal

Firma de la madre o tutor legal

Fdo. \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

**CAMPO OBLIGATORIO**

**CAMPO OBLIGATORIO**