



CURSO ESCOLAR _____

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 una copia del DNI.**

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

Firma del padre o tutor legal

Firma de la madre o tutor legal

Fdo. _____

Fdo. _____

CAMPO OBLIGATORIO

CAMPO OBLIGATORIO