

FICHA DE SALUD DEL ALUMNO/A

Nombre del Centro Educativo: **IES CRISTO DEL ROSARIO**

Curso Escolar: **2023/2024**

ALUMNO/A: Fecha de nacimiento:

PRIMER TUTOR Teléfono(s)

SEGUNDO TUTOR Teléfono(s)

☐ Marque con una **X** si el alumno/a no tiene ningún problema de salud a resaltar y que no requiera conocimiento del Centro Educativo. En caso contrario, pase a rellenar las siguientes tablas:

ENFERMEDAD ACTUAL

ALERGIAS CONOCIDAS

TRATAMIENTO HABITUAL

SITUACIÓN DE RIESGO LEVE relacionada con su enfermedad o alergia:

Causa Actuación y Tratamiento

Síntomas En este caso avisar a

SITUACIÓN DE RIESGO GRAVE relacionada con su enfermedad o alergia:

Causa Actuación y Tratamiento

Síntomas En este caso avisar a 112 ☐ Tutor(es) legal(es) ☐

RECOMENDACIONES en caso de salida del Centro, realización de ejercicio físico u otras situaciones

OBSERVACIONES

Por la presente autorizo al personal del Centro IES Cristo del Rosario de Zafra, a informar a todo el profesorado y al resto del personal del Centro si fuera necesario, de la enfermedad de mi hijo/a, y a consultar los datos recogidos en esta Ficha de Salud, así como a intercambiar información con los profesionales sanitarios para garantizar un control y tratamiento adecuado en el Centro Educativo, si esto fuera preciso.

Así mismo, autorizo a administrar el tratamiento recogido en esta Ficha de Salud y eximo al personal del centro de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de los efectos adversos y/o secundarios inherentes a su administración.

Firma tutor/a legal 1

Firma tutor/a legal 2

En Zafra, a de de 20