



COLEGIO APÓSTOL SANTIAGO

Padres Somascos

C/Moreras, 217 28300 ARANJUEZ

Tfno. 918921200 – Fax 918921009

secretaria@cas-aranjuez.org

www.cas-aranjuez.org

**FICHA DE
DATOS
MÉDICOS**



NOMBRE

DEL MENOR: _____ nacido/a el ____ / ____ / ____,

NOMBRE DEL RESPONSABLE LEGAL: _____
como padre/madre/tutor (señale lo que proceda),

Teléfono(s) de contacto:

E-mail(s):

ALERGIAS (Especificar tipo):

→ **ALIMENTOS:** Alergia a...

→ **MEDICAMENTOS:** Alergia a...

→ **OTRAS:** Alergia a...

Indicar si sigue algún tratamiento para su alergia o el tratamiento prescrito por su médico en caso de contacto o crisis:

INTOLERANCIAS A ALIMENTOS

(Especificar el alimento que NO pueda tomar y los efectos que le provoca en caso de ingestión):

→

→

Indicar si sigue algún tratamiento para su intolerancia o el tratamiento prescrito por su médico en caso de ingestión:

ENFERMEDADES CRÓNICAS RESEÑABLES

→

→

¿SIGUE ALGÚN TIPO DE MEDICACION O TRATAMIENTO MEDICO CRÓNICO O ESPECIAL?

En caso positivo, cumplimentar en el reverso de esta hoja la medicación y la autorización necesarias.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

☐ Solicito y autorizo al personal responsable de la actividad seleccionada para administrar la medicación puntual que se detalla en esta ficha según prescripción médica o en el correspondiente informe.

La solicitud y autorización para administración de medicamentos según prescripción médica debe entregarse previamente en la Secretaría del Centro, entregando en mano la medicación al responsable de la actividad seleccionada el primer día de la misma (o antes de iniciar el viaje en autobús) según las indicaciones recogidas en la ficha médica adjunta. En caso de necesidad, la ficha y medicación deberán ser entregadas en mano al responsable de la actividad seleccionada.

Nombre de la medicación	Dosis	Vía (Oral, inhalada...)	HORA
→			
→			
→			

Duración del tratamiento	
Fecha de inicio	→
Fecha de finalización	→
Total días de tratamiento	→
Patología	→

• En cualquiera de los casos o situaciones arriba descritas,
ADJUNTAR FOTOCOPIA DE INFORME MÉDICO O ESCRITO ADJUNTO si es necesario.

(Marcar con X)

DOCUMENTACIÓN Y MEDICACIÓN ADJUNTA

- ☐ Informe médico o receta médica.
- ☐ Medicación en su envase original para que se quede en el lugar de desarrollo de la actividad seleccionada durante el tratamiento.
- ☐ Medicación en su envase original que cada día irá al Colegio y volverá a casa. (Actividad desarrollada en el centro).

OTRAS OBSERVACIONES:

He leído, estoy conforme y acepto las condiciones expuestas en el documento adjunto "INFORMACIÓN GENERAL" y "SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN" para la organización y gestión por parte del Colegio Apóstol Santiago y del Club Baloncesto Villa de Aranjuez de la actividad seleccionada "9º CAMPUS BASKET CASVILLA 2024", y por lo tanto, de la gestión de carácter sanitario, así como la información básica sobre protección de datos del Colegio Apóstol Santiago que figura en el reverso de la correspondiente solicitud.

D/Dª _____, como padre/madre/tutor (señale lo que proceda),

En _____, a _____ de _____ de _____ Fdo.: _____