



DECLARACIÓN MÉDICO-SANITARIA

Destino de la movilidad: _____

Curso y etapa (en el momento del intercambio): _____

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO/A: _____

La ficha médica debe ser rellenada por los padres/tutores del participante con todos los datos cumplimentados, verídicos, completos y en MAYÚSCULA. Esta información es vital para el tratamiento médico de su hijo/a en caso de necesidad. Es imprescindible justificar cualquier intolerancia, alergia o dolencia con justificante médico (escaneado y adjunto en el mismo documento pdf, a continuación de esta hoja)

Del mismo modo, si el alumno/a toma habitualmente alguna medicación, la familia se compromete a suministrar al alumno/a las dosis necesarias para los días que dura el viaje y adjuntar prescripción médica de dicha medicación (documento adjunto a esta ficha en el mismo archivo pdf)

En caso de emergencia, avisar a:

Nombre de la persona de contacto	Parentesco	Teléfono

DATOS MÉDICOS GENERALES. Rellene **TODOS** los apartados.

DIETA:

- Mi hijo/a tiene una dieta normal
- Mi hijo/a tiene las siguientes restricciones alimenticias (citar cuáles):



ALERGIAS:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas
 Mi hijo/a es alérgico a: _____

INTOLERANCIAS:

- Mi hijo/a no tiene intolerancias conocidas
 Mi hijo/a tiene intolerancia a: _____

MEDICAMENTOS:

- Mi hijo/a no tiene alergias conocidas a medicamentos
 Mi hijo/a es alérgico/a a los siguientes medicamentos:

ENFERMEDADES:

- Mi hijo/a no padece ninguna enfermedad y puede participar en todas las actividades
 Mi hijo/a padece:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sonambulismo
<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> Otras _____
<input type="checkbox"/> Problemas digestivos	_____

VACUNACIÓN

- Mi hijo está correctamente vacunado
 Mi hijo no tiene puestas TODAS las vacunas requeridas en el calendario de vacunación.

MEDICACIONES HABITUALES:

- Mi hijo/a no toma ninguna medicación habitual
 Por prescripción médica, mi hijo/a toma: _____
Con la siguiente dosis:



D./Dña _____

_____ con DNI _____, y madre/padre/tutor del
alumno/a _____

1. Declaro que todos los datos que aporto son verdaderos y me comprometo a poner en conocimiento del IES Medina Azahara cualquier novedad que pudiera sobrevenir antes o durante la realización del proyecto Erasmus+ en el que participa el alumno/a.
2. Declaro estar informado de que el seguro de viaje contratado no cubre ninguna enfermedad preexistente al viaje y que de ser necesario, el alumno/a estaría cubierto por su tarjeta sanitaria europea.
3. Autorizo al IES Medina Azahara y en su representación a los profesores acompañantes durante la actividad arriba indicada, para que proporcionen asistencia médica, traslado a centro sanitario y su posterior tratamiento en caso de enfermedad o accidente de mi hijo/a.

En Córdoba, a _____ de _____, de 2024

Firma de la madre/padre o tutor:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales son tratados por el IES Medina Azahara, con la finalidad de tramitar su solicitud Erasmus+. La persona titular podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación o cancelación, indicándolo por escrito al IES Medina Azahara con domicilio en Av. Gran Vía Parque, 2 14005 Córdoba (España), o en la forma prevista en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico y del Procedimiento Administrativo Común.

“El presente proyecto está cofinanciado por el programa Erasmus+ de la Unión Europea. El contenido de esta convocatoria es responsabilidad exclusiva del centro educativo y ni la Comisión Europea, ni el Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (SEPIE) son responsables del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.”