

CUESTIONARIO MÉDICO-SANITARIO

Nome e apelidos da/o nena/o _____

Nº da Seguridade Social _____

Médica/o de referencia _____

1. ¿A/o nena/o ten algún tipo de alerxia?

Si No

En caso afirmativo. ¿Cal?

2. ¿Ten algunha enfermidade que precise de algún coidado especial?

3. ¿Necesita tomar algún medicamento periodicamente?

Si No

En caso afirmativo. ¿Cal?

4. ¿Padece algunha enfermidade infecto contaxiosa?

Si No

En caso afirmativo. ¿Cal?

5. ¿Ten algunha limitación fisiolóxica ou funcional?

Si No

En caso afirmativo. ¿Cal?

6. ¿Require algunha dieta alimenticia especial?

Outras observacións que os pais/nais ou responsables consideren oportuno advertir:

Declaro baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados neste cuestionario son certos.

De acordo do establecido pola lei Orgánica 15/1999 de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, vostede consinte que tanto os seus datos de carácter persoal como os do/a menor de idade, sexan incluídos nun ficheiro coa finalidade de xestión administrativa do Concello e declaro estar informado/a sobre os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición que poderei exercitar no domicilio social de Concello de San Sadurniño en O Casal nº 16, 15560 – San Sadurniño (A Coruña).

_____, ____ de _____ de 201 ____

Asdo.:

Sinatura da persoa solicitante