

### FICHA DEL ALUMNO/A

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

CRA/CEIP: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA FAMILIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/TUTORA

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE/MADRE O TUTOR/TUTORA

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

### FICHA DE BOTIQUÍN – INFORME MÉDICO

*Debe ir acompañado del informe médico correspondiente. En caso contrario, NO SE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS. (Marcar opción correcta)*

DIABÉTICO: SÍ  NO  ¿TOMA INSULINA? SÍ  NO

ALERGIAS E INTOLERANCIAS: \_\_\_\_\_

SIGUE ALGUNA DIETA ALIMENTICIA: \_\_\_\_\_

¿POSEE ALGUNA DEFICIENCIA FÍSICA O PSÍQUICA? \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN QUE ESTÁ TOMANDO (dosis y duración) \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO OCASIONAL O CRÓNICO \_\_\_\_\_

OTROS DATOS (fobias, miedos, enuresis, etc.) \_\_\_\_\_

OTRAS OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN FAMILIAR

D./Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_,

padre/madre/tutor/tutora del alumno/a, autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ para su desplazamiento, estancia y salidas

programadas en el CRIE de Benabarre.

- Autorizo a que sea fotografiado/a y grabado/a durante el desarrollo de las actividades del centro y a que las imágenes en las que aparezca puedan exhibirse o divulgarse con fines pedagógicos y educativos o utilizarse en cualquier medio de comunicación y/o redes sociales.

SÍ

NO

- Me comprometo a recoger a mi hijo/a para llevarlo al domicilio familiar en caso de enfermedad u otra causa justificada.

- En caso de urgencia médica autorizo a los maestros del CRIE y/o acompañantes a desplazar a mi hijo/a al centro de salud de Benabarre.

- La familia asumirá los gastos de los posibles desperfectos que pueda ocasionar su hijo/a durante la estancia.

Firma:

Fecha \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_