D./Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como padre, madre o tutor/a legal

del alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del curso\_\_\_\_\_\_\_ de la etapa de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

AUTORIZO a que mi hijo/a pueda ser captado en imágenes (foto, video) en las actividades educativas del centro (festivales, excursiones, otras actividades escolares,…) y su uso en el contexto educativo, incluyendo formatos de difusión en Internet como blogs, web del colegio, revista escolar y otros similares que pudieran elaborarse desde el colegio.

AUTORIZO a que mi hijo/a pueda ser trasladado en coche del profesorado hasta un centro de atención médica, domicilio familiar o lugar público oficial en caso de accidente, indisposición, etc. que así lo requiera.

**CUESTIONARIO SOBRE SALUD EN EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Está vacunado según el calendario que marcan las autoridades sanitarias?\_\_\_\_ Si le falta alguna vacuna indique cuál\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Qué medidas hay que tomar en caso de reacción alérgica durante las clases? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Padece actualmente alguna enfermedad? \_\_\_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique las enfermedades ya padecidas, más relevantes si las hubiera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Ha estado hospitalizado en el último año?\_\_\_\_Causas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Sigue actualmente algún tratamiento? \_\_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Ha detectado algún problema de percepción en su hijo/a?:

Visuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Auditivos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Lleva alguna prótesis o implante?\_\_\_
* ¿Alguna observación médica que nos pueda resultar de interés?\_\_\_\_\_ ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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