

NOM I COGNOMS DE L'ALUMNE:

CURS:

- El vostre fill/a pateix algun tipus d'al·lèrgia? **NO** **SÍ**

Quina?

- Al·lèrgia alimentària a:

- Al·lèrgia als següents medicaments:

- Altres al·lèrgies (pol·len, pols,...) a:

- Pateix alguna malaltia crònica (asma, atacs epilèptics, diabetis,...)?

NO **SI**

Quina?

- Ha patit alguna lesió important (muscular, òssia, tendons, lligaments,...)?

NO **SI**

Quina?

- Ha de prendre algun tipus de medicació, prescrita pel metge de forma continuada dins l'horari escolar?

NO **SI**

Quina?

En aquest cas, haureu d'omplir una autorització de subministrament de medicaments, que podeu demanar a la porteria del centre.

Recordeu que:

- Pel subministrament de qualsevol tipus de medicament, oral o tòpic, cal portar la recepta del metge.
- Si el nen/a pateix alguna malaltia crònica haureu de portar un certificat mèdic justificant.
- Les dades que ens comuniquen són confidencials i quan hi hagi alguna variació en la informació que ens heu proporcionat cal que ho comuniquen a la secretaria del centre.

Informació bàsica sobre protecció de dades

Es fa constar que les dades recollides s'utilitzaran amb la finalitat de dur a terme la matriculació de l'alumne i la gestió acadèmica del mateix durant la seva estada al centre. El responsable del tractament de les dades obtingudes és **Fundació Vedruna Catalunya Educació – Vedruna Immaculada de Sabadell** i la seva obtenció es basa en el compliment d'una obligació legal recollida en la legislació civil i sectorial en matèria d'educació. Les dades obtingudes no seran cedides a

tercers excepte obligació legal. En qualsevol moment podeu accedir a les dades facilitades, rectificar-les o suprimir-les, oposar-vos al tractament i sol·licitar-ne la limitació, enviant la vostra sol·licitud a l'adreça del Responsable del Tractament. Per més informació en aquesta matèria podeu consultar la pàgina web del centre <http://www.immaculadasabadell.org> o sol·licitar-la a la secretaria de l'escola.

Amb la meua signatura faig constar que he sigut informat/da sobre el tractament de les dades personals, acredito la veracitat de les dades facilitades, i m'identifico com a persona autoritzada a facilitar les dades que consten en el present formulari.

_____, a ____ de _____ de 2023

NOM I COGNOMS

Signatura del pare, mare o tutor o tutora legal de l'alumne/a



Sistema de
Gestión
ISO 9001:2015



www.tuv.com
ID 9105072084