



Camí Mangraners, s/n
CP 46560 Puzol, Valencia
Teléfono: 961420892
info@colegioalfinach.com

Estimadas familias,

Desde el Servicio de Enfermería os solicitamos que cumplimentéis las siguientes autorizaciones para poder brindar una atención sanitaria adecuada de acuerdo a la normativa vigente.

**Autorizo al Colegio Alfinach mientras mi hijo/a: _____
permanezca matriculado en el Curso de Verano:**

1. Que sea atendido/a y valorado/a por el Servicio de Enfermería del centro escolar, autorizando a la enfermera del centro a realizar las actuaciones asistenciales necesarias en caso de accidente, agudización de enfermedad o de urgencia médica.

Autorizo SI NO

2. Administrar analgésicos y/o antitérmicos en caso de fiebre o dolor agudo (traumatismos, cefalea, dolor menstrual, etc.), siendo la enfermera la persona responsable de su administración.

Autorizo SI NO

3. Administrar tratamientos puntuales, crónicos y/o de emergencia que mi hijo/a pueda necesitar debido a su estado de salud, siendo la enfermera la persona responsable de su administración. Para ello, será necesario comunicarlo por escrito a la enfermera vía mail o WhatsApp, indicando dosis, medicamento y hora de administración y presentando la receta o el informe médico del facultativo que haya atendido al niño y que justifique su administración.

Autorizo SI NO

4. Derivar la asistencia al Centro Médico Saedra, cuando sea necesario, para que se desplacen a nuestras instalaciones y al posible traslado en uno de los vehículos de la clínica a su Centro, sito en Massamagrell, por uno de sus médicos / ATS. En caso de encontrarse el alumno cursando desde 1º de Educación Infantil a 4º de Primaria, o ser la lesión de considerable importancia, el alumno irá acompañado también por personal del colegio.

Autorizo SI NO

Fdo. (padre) _____ Fdo. (madre) _____

En Puzol, a __ de _____ de 20__.

Documento informativo en materia de Protección de Datos (sin recogida de datos de salud)

En cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, se le informa que los datos facilitados por Ud. han sido incluidos en el fichero "Alumnos" titularidad del Colegio ALFINACH S.L., con el fin de realizar el proceso de matriculación en el centro educativo. El interesado manifiesta que los datos proporcionados son exactos y veraces. En cumplimiento de la normativa aplicable, Ud. deberá informar al Responsable del Fichero de cualquier variación en dicha información, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, conforme a la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* y revocar el consentimiento otorgado ante el Responsable del Fichero Colegio ALFINACH S.L. en la dirección Camí de Mangraners, s/n 46530 Puzol (Valencia), al correo alfinach@colegioalfinach.com o mediante la presentación de su petición por escrito ante la secretaria del centro.



HOJA DE ENFERMERÍA ESCOLAR

DATOS ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

SEXO: NIÑO NIÑA

CURSO ACTUAL: _____

DNI: _____

FICHA DE SALUD

NÚMERO SIP / TARJETA SANITARIA: _____

ALERGIAS: NO SÍ, ESPECIFICAR*: _____

INTOLERANCIAS: NO SÍ, ESPECIFICAR*: _____

DIETA ESPECIAL: VEGETARIANA NO CERDO OTRAS: _____

PATOLOGÍAS / PROBLEMAS DE SALUD: NO SÍ, ESPECIFICAR*: _____

MEDICACIÓN: NO SÍ, ESPECIFICAR*: _____

CONTACTO PADRE/MADRE/TUTORES

EN CASO DE URGENCIA NOTIFICAR A: MADRE PADRE AMBOS

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EMAIL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

EMAIL: _____ TELÉFONO: _____

PARENTESCO (OTRO CONTACTO): _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

***En caso de alergias, intolerancias, patologías/problemas de salud y/o medicación, solicitamos adjunten INFORME MÉDICO.** Recordamos que, si su médico le ha pautado mediación de emergencia o rescate para su hijo/a, pueden traerla y la guardaremos en Enfermería durante el curso para poder actuar en caso de necesidad.