

## **FICHA MÉDICA SEMENTEIRA 2018**

**Nome e apelidos da/o nena/o** \_\_\_\_\_

**Nº da Seguridade Social** \_\_\_\_\_

**Médico de referencia** \_\_\_\_\_

1. Ten algún tipo de alerxia?

Si  Non

En caso afirmativo. Cal?

2. Ten algunha enfermidade que precise dalgún coidado especial?

3. Necesita tomar algún medicamento periodicamente?

Si  Non

En caso afirmativo. ¿Cal?

4. Padece algunha enfermidade infecto contaxiosa?

Si  Non

En caso afirmativo. ¿Cal?

5. Ten algunha limitación fisiolóxica ou funcional?

Si  Non

En caso afirmativo. ¿Cal?

6. Require algunha dieta alimenticia especial?

Declaro baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados nesta ficha 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/da 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 exercer no Concello de Moeche.

Moeche de de 2018

Asdo.