

## FICHA MÉDICA "SEMENTEIRA 2024"

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

Nº da Seguridade Social \_\_\_\_\_

Médico de referencia \_\_\_\_\_

1. Ten algún tipo de alerxia?

Sí  | Non

En caso afirmativo. Cal? \_\_\_\_\_

2. Ten algunha enfermidade que precise dalgún coidado especial?

Sí  | Non

En caso afirmativo. Cal? \_\_\_\_\_

3. Precisa tomar algún medicamento periodicamente?

Sí  | Non

En caso afirmativo. Cal? \_\_\_\_\_

4. Padece algunha enfermidade infecto contaxiosa?

Sí  | Non

En caso afirmativo. Cal? \_\_\_\_\_

5. Ten algunha limitación fisiolóxica ou funcional?

Sí  | Non

En caso afirmativo. Cal? \_\_\_\_\_

6. Require algunha dieta alimenticia especial?

Sí  Non

En caso afirmativo. Cal? \_\_\_\_\_

Declaro baixo a miña responsabilidade que os datos sinalados nesta ficha son certos.

De acordo do establecido pola **Lei orgánica 3/2018 do 5 de decembro de protección de datos de carácter persoal e garantía dos dereitos dixitais**, 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 2024

Asdo.