



## DATOS MÉDICOS

ALUMNO/A: \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Es alérgico/a a: picaduras de avispas u otros insectos, alimentos, medicamentos....

Enfermedades actuales o frecuentes (dermatitis, asma, catarros, sinusitis, bronquitis, anginas, fiebre...)

Toma alguna medicación actualmente

Padece alguna lesión o enfermedad que pueda afectar a las clases de Educación Física:

Ha tenido algún ataque epiléptico

Sigue algún régimen alimentario por prescripción facultativa

\*Los datos personales recogidos, serán tratados con su consentimiento y según el Reglamento Europeo 2016/679 de 27 de abril de 2016, pudiendo ejercer el derecho de acceso y rectificación, así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales u oponerse al mismo, dentro de lo dispuesto en la normativa vigente.

Madrid, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMADO D. / D<sup>a</sup>. : \_\_\_\_\_  
(PADRE)

FIRMADO D./ D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
(MADRE)