

# ESCUELA DE **PASCUA** DOLORES 2024

## INSCRIPCIÓN

NOMBRE:

APELLIDOS:

EDAD:

CURSO QUE FINALIZA:

NOMBRE DE LA MADRE:

NOMBRE DEL PADRE:

TLF. N°1:

TLF. N°2:

EMAIL:

### **REQUISITO: ESTAR EMPADRONADO/A EN DOLORES**

CON LA ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO, AUTORIZO A EDUKO EL MANEJO DE INFORMACIÓN PERSONAL E IMÁGENES RELACIONADAS CON MI HIJO/A EN EL CASO DE QUE SEA NECESARIO Y ÚNICAMENTE UNIDO A FINES PROPIOS DE LA EMPRESA

## FICHA MÉDICA

¿TIENE O PADECE SU HIJO/A ALGÚN TIPO DE PROBLEMA O ENFERMEDAD?

(Haga un círculo en lo que proceda y en caso afirmativo, por favor explique brevemente de que se trata)

1º CARDIOVASCULAR (Corazón)	SI/NO
2º RESPIRATORIA (Tos, Asma, etc...)	SI/NO
3º SISTEMA NERVIOSO (Epilepsia, Depresión, etc...)	SI/NO
4º METABÓLICO O ENDOCRINO (Diabetes)	SI/NO
5º NUTRICIÓN, SANGRE (Anemia)	SI/NO
6º ÓSEOS, ARTICULARES (Dolor de espalda, Escoliosis, etc...)	SI/NO
7º GASTROINTESTINALES	SI/NO
8º ALERGIA	SI/NO

ESPECIFIQUE CUALQUIER OTRO TRASTORNO O PROBLEMA QUE USTED CREA CONVENIENTE DEBAMOS TENER PRESENTE CON RESPECTO A LA SALUD DE SU HIJO/A: EN CASO DE TRASLADAR AL ALUMNO A UN CENTRO ASISTENCIAL  
¿QUÉ COBERTURA MÉDICA TIENE Y A QUÉ LUGAR SE LE TRASLADA?

D./Dña \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
COMO MADRE, PADRE O TUTOR LEGAL



**eduko**



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Vicepresidencia y Conselleria  
de Igualdad y Políticas Inclusivas

