



**FICHA DE DATOS PERSONALES, DE SALUD Y  
PERSONAS AUTORIZADAS**

**IMPORTANTE: SI YA ES ALUMNO/A DEL CENTRO, SÓLO DEBE ENTREGAR ESTA FICHA EN CASO DE HABER MODIFICADO ALGUNO DE LOS DATOS RESPECTO AL CURSO ANTERIOR**

**En caso de haber modificado algún dato, SÓLO tendrá que completar el dato modificado.**

**ALUMNO/A (obligatorio, como mínimo, el nombre del alumno y el curso)**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_  
Domicilio: c/ \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Barrio/Municipio: \_\_\_\_\_  
**Teléfono (preferible móvil) para informar de ausencias, retrasos o incidencias:** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:**

**DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:**

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha nac: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
Estudios: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Tlf. Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
Correo electr.: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: En caso de SEPARACIÓN,** si hay convenio regulador o sentencia marque la opción que corresponda a este progenitor/a.

Tiene la **Patria potestad:**  Sí  No

Tiene la **Guardia y custodia:**  Sí  No

Apellidos: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha nac: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
Estudios: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Tlf. Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_  
Correo electr.: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: En caso de SEPARACIÓN,** si hay convenio regulador o sentencia marque la opción que corresponda a este progenitor/a.

Tiene la **Patria potestad:**  Sí  No

Tiene la **Guardia y custodia:**  Sí  No

**Es IMPORTANTE tener los teléfonos actualizados para localizarle en caso de ENFERMEDAD, ACCIDENTE O EMERGENCIA, y añadir otros por si no podemos contactar con los responsables.**

**DATOS SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO/A**

Marque con una X si su hijo/a padece alguna de estas u otras enfermedades y las observaciones si lo considera.

Asma	Observaciones:	
Epilepsia	Observaciones:	
Diabetes	Observaciones:	
Alergias	Especificar a qué:	Observaciones:
Otras	Especificar:	Observaciones:

Nota: Si lo considera importante, presente el informe médico de la enfermedad indicada.

## AUTORIZACIÓN PARA RECOGER AL ALUMNADO DEL CENTRO

D./Dña:..... con DNI/NIE:.....

Padre/Madre/Responsable del alumno/a: .....

del curso ....., **AUTORIZO** a recoger a mi hijo/a a las personas relacionadas (relacionar por orden de preferencia y mayor probabilidad de contacto):

PERSONAS AUTORIZADAS				
Nº	Nombre y apellidos	DNI/NIE	Parentesco	Teléfono
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en

Bañaderos, a ..... de .....de 20.....

(firma)